

# 「건강검진 실시기준」 일부개정(안)

(보건복지부 고시)

2025. 1. 10.

보 건 복 지 부



## 1. 개정 이유

영유아 건강검진 수가를 인상하고, 일반건강검진 검사항목에 C형 간염 검사 신규 도입, 골다공증 검사 60세 여성까지 확대 및 청년층 (20-34세) 정신건강검사 확대 등 건강검진을 내실화하고자 함

또한, 수검자의 이해도 제고를 위해 검사항목 한글 병기 및 일부 표현을 수정 또는 삭제하였고, 결과활용동의서를 3가지 서식으로 세분화하여 대상자에 맞는 개인정보활용 동의를 할 수 있도록 함.

한편, 장애인 안전·편의 관리비 인상분 반영 및 그 밖에 현행 제도의 운영 과정상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하려는 것임.

## 2. 주요내용

가. 검사항목 확대 및 검사항목 명칭 한글 병기 (안 제5조)

나. 검진기관의 검체검사 위탁하는 방법 명확히 제시 (안 제6조)

다. 확대되는 검사항목의 검진 실시시기 제시 (안 8조)

라. 검진 실시시 신분증명서 확인방법 명확화 제시 (안 제9조)

마. 우울증 검사의 사후관리 연계를 위해 의료급여 생애전환기 검진 대상자의 사후관리 근거 신설 (안 제11조)

바. 수검자의 편의를 위해 결과활용동의서 세분화 제시 (안 제15조)

사. 본문 개정내용을 반영하여 [별표] 및 [별지] 서식 개정

### 3. 참고사항

가. 관계법령: 「국민건강보험법」, 「의료급여법」, 「건강검진기본법」

나. 예산조치: 별도조치 필요 없음

다. 합 의: 별도조치 필요 없음

라. 첨부: 건강검진 실시기준 일부 개정안

보건복지부 고시 제2025-5호

「건강검진실시기준」(보건복지부고시 제2023-292호, 2023.12.29.)을 다음과 같이 개정.발령합니다.

2025년 1월 10일

보건복지부장관

### 건강검진 실시기준 일부 개정안

건강검진 실시기준 일부를 다음과 같이 개정한다.

제5조제1항제7호 “B형간염 검사”를 “B형간염 검사, C형간염 검사”로 한다.

제5조제1항제10호 중 “생활습관과 관련된 흡연”을 “생활습관과 관련된 담배사용”으로 한다.

제5조제1항제11호 중 “우울증에 대한 선별검사”를 “우울증 및 조기정신증에 대한 선별검사”로 한다.

제5조제2항제5호 중 “생활습관과 관련된 흡연”을 “생활습관과 관련된 담배사용”으로 한다.

제6조제2항 중 “검진기관이 검체검사를 위탁하는 경우”를 “검진기관은 지정기준을 충족하는 원내 검사실에서 검체검사를 하며, 내원검진만 실

시하는 의원 등이 검체검사를 위탁하는 경우”로 한다.

제8조제1항 표의 일반건강검진 검진항목 중 “HDL 콜레스테롤”을 “고밀도(HDL) 콜레스테롤”로 “LDL 콜레스테롤”을 “저밀도(LDL) 콜레스테롤”로 한다.

제8조제1항 표의 일반건강검진 검진항목에 “C형간염 항체”를 신설하고 실시시기를 “56세”로 한다.

제8조제1항 표 중 골밀도 검사 실시시기를 “ 54, 66세 여성”을 “54, 60, 66세 여성”으로 한다.

제8조제1항 표의 일반건강검진 검진항목 중 우울증 검사 실시시기를 “20, 30, 40, 50, 60, 70세(해당 연령을 시작으로 10년 동안 1회)”에서 “20~34세(2년마다), 35~39세(1회), 40~49세(1회), 50~59세(1회), 60~69세(1회), 70~79세(1회)”로 한다.

제8조제1항 표의 일반건강검진 검진항목에 조기정신증검사를 신설하고 실시시기를 “20~34세(2년마다)”로 한다.

제8조제1항 표의 의료급여생애전환기검진 검진항목 중 정신건강검사(우울증) 실시시기를 “70세(해당 연령을 시작을 10년 동안 1회)”에서 “70~79세(1회)”로 한다.

제9조제5항 중 “검진기관은” 을 “검진기관은 대상자가 제시한 신분증명서를 확인한 후,”로 하며, “확인하여야 한다”를 “확인한 후 건강검진을 실시하여야 한다.”로 한다.

제9조제5항 중 “다만, 대상자가 건강검진표를 지참하지 아니한 경우에는

본인의 동의에 따라 검진기관이 공단 홈페이지에서 열람 또는 공단에 유선 등의 방법으로 대상자 및 검사항목 등을 확인한 후 건강검진을 실시하여야 한다.”는 삭제한다.

제9조제6항제8호 “정신건강검사(우울증) 평가도구(별지 제14호 서식)”을 “정신건강검사 평가도구(별지 제14호 서식, 별지 제14호의2 서식)”로 한다.

제11조제2항 중 “일반건강검진 결과”를 “일반건강검진 및 제5조 제2항에 따른 의료급여 생애전환기검진 결과”로 하고, “고혈압, 당뇨병, 폐결핵”을 삭제한다.

제11조제4항에 “의료기관(병·의원)에서”를 추가한다.

제15조1항 중 “별지 제12호 서식 또는 별지 제12호의2 서식”을 “별지 제12호 서식부터 제12호의3 서식까지 중에서 해당하는 것”으로 한다.

별표 1, 별표 2, 별표 3, 별표 4, 별표 4의 별첨, 별표 5, 별표 6, 별표 7, 별표 9를 각각 별지와 같이 한다.

별지 제1호, 별지 제4호, 별지 제4호의3, 별지 제4호의4, 별지 제4호의5, 별지 제4호의6, 별지 제4호의7, 별지 제4호의8, 별지 제6호, 별지 제6호의3, 별지 제8호의3, 별지 제8호의4, 별지 제8호의5, 별지 제8호의6, 별지 제8호의7, 별지 제8호의8, 별지 제11호, 별지 제11호의2, 별지 제12호, 별지 제13호, 별지 제14호, 별지 제15호, 별지 제15호의2, 별지 제15호의4, 별지 제15호의10, 별지 제 18호, 별지 제19호를 각각 별지와 같이 한다.  
별지 제12호의3, 별지 제14호의2 서식을 별지와 같이 신설한다.

## 부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(경과조치) 2025년 1월 1일부터 이 고시 시행 전까지의 건강검진  
실시기준은 이 고시에 따른다.





## 신 · 구 조문대비표

현 행	개 정 안
제5조(검사항목) ①	제5조(검사항목) ①
7. B형간염 검사	7. B형간염 검사, <u>C형간염 검사</u>
10. 생활습관평가(생활습관과 관련된 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만 건강 위험요인을 평가하고 평가 결과에 따라 생활습관 개선을 위한 상담 및 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)	10. 생활습관평가(생활습관과 관련된 <u>담배사용</u> , 음주, 운동, 영양, 비만 건강위험요인을 평가하고 평가 결과에 따라 생활습관 개선을 위한 상담 및 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)
11. 정신건강검사는 우울증에 대한 선별검사를 실시하는 것을 말한다.	11. 정신건강검사는 우울증 <u>및 조기정신증</u> 에 대한 선별검사를 실시하는 것을 말한다.
제5조(검사항목) ②	제5조(검사항목) ②
5. 생활습관평가(생활습관과 관련된 흡연, 음주, 운동, 영양, 비만 건강 위험요인을 평가하고 평가 결과에 따라 생활습관 개선을 위한 상담 및 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)	5. 생활습관평가(생활습관과 관련된 <u>담배사용</u> , 음주, 운동, 영양, 비만 건강위험요인을 평가하고 평가 결과에 따라 생활습관 개선을 위한 상담 및 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)
제6조(검진비용의 청구·지급) ②	제6조(검진비용의 청구·지급) ② ---
「건강검진기본법」 제14조 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 지정 받은 <u>검진기관이</u> 검체검사를 위탁	----- ----- <u>검진기관은 지정기준을 충족하는 원내 검사실에서 검체검사를 하</u>

현행

개정안

하는 경우 별표 9에서 정하는 바에 따라 실시하여야 한다.

제8조(검진 실시시기) ①

구분	검진항목	실시시기
일반 건강 검진	총콜레스테롤	남성 24세 이상, 여성 40세 이상 4년마다
	HDL 콜레스테롤	
	중성지방	
	LDL 콜레스테롤	
	B형간염 표면항원/표면항체	40세
	골밀도 검사	54, 66세 여성
	인지기능장애	66세 이상 2년마다
	정신건강검사(우울증)	20, 30, 40, 50, 60, 70세 (해당 연령을 시작으로 10년 동안 1회)
	생활습관평가	40, 50, 60, 70세
노인신체기능검사	66, 70, 80세	
구강 검진	치면세균막검사	40세
의료 급여 생애 전환기 검진	골밀도 검사	66세 여성
	인지기능장애	66세 이상 2년마다
	정신건강검사(우울증)	70세 (해당 연령을 시작으로 10년 동안 1회)
	생활습관평가	70세
	노인신체기능검사	66, 70, 80세

제9조(검진 실시절차) ⑤ 검진기관은 공단 전산시스템을 활용하거나 공단에 전화 문의 등을 통해 본인 및 검사 항목별 대상자 여부 등(영유아 건강검진의 경우 검진 시기별 대상자 및 검진가능 기간을 포함한다)을 확인하여야 한다. 다만, 대상

며, 내원검진만 실시하는 의원 등이 검체검사를 위탁하는 경우 -----

-----

-.  
제8조(검진 실시시기) ①

구분	검진항목	실시시기
일반 건강 검진	총콜레스테롤	남성 24세 이상, 여성 40세 이상 4년마다
	고밀도(HDL) 콜레스테롤	
	중성지방	
	저밀도(LDL) 콜레스테롤	
	B형간염 표면항원/표면항체	40세
	C형간염 항체	56세
	골밀도 검사	54, 60, 66세 여성
	인지기능장애	66세 이상 2년마다
	정신건강검사	우울증 20~34세(2년마다), 35~39세(1회), 40~49세(1회), 50~59세(1회), 60~69세(1회), 70~79세(1회)
		조기정신증 20~34세(2년 마다)
구강 검진	생활습관평가	40, 50, 60, 70세
	노인신체기능검사	66, 70, 80세
의료 급여 생애 전환기 검진	치면세균막검사	40세
	골밀도 검사	66세 여성
	인지기능장애	66세 이상 2년마다
	정신건강검사(우울증)	70~79세(1회)
	생활습관평가	70세
노인신체기능검사	66, 70, 80세	

제9조(검진 실시절차) ⑤ 검진기관은 대상자가 제시한 신분증명서를 확인한 후, 공단 전산시스템을 활용하거나 공단에 전화 문의 등을 통해 본인 및 검사 항목별 대상자 여부 등(영유아 건강검진의 경우 검진 시기별 대상자 및 검진가능 기간을 포함한

현행	개정안
<p>자가 건강검진표를 지참하지 아니한 경우에는 본인의 동의에 따라 검진기관이 공단 홈페이지에서 열람 또는 공단에 유선 등의 방법으로 대상자 및 검사항목 등을 확인한 후 건강검진을 실시하여야 한다.</p>	<p>다)을 확인한 후 건강검진을 실시하여야 한다.</p>
<p>⑥</p> <p>8. 정신건강검사(우울증) 평가도구 (별지 제14호 서식)</p> <p>제11조(국가건강검진 사후관리)</p> <p>② 검진기관은 제5조제1항에 따른 일반건강검진 결과 <u>고혈압, 당뇨병, 폐결핵</u> 질환이 의심되는 ~</p> <p>제11조(국가건강검진 사후관리)</p> <p>④ 검진기관은 제5조 제3항 제3호에 따른 영유아 발달평가 및 상담 결과 발달지연이 의심되는 영유아의 보호자에게 해당 영유아에 대한 발달</p>	<p>⑥</p> <p>8. <u>정신건강검사 평가도구(별지 제14호 서식, 별지 제14호의2 서식)</u></p> <p>제11조(국가건강검진 사후관리)</p> <p>② 검진기관은 제5조제1항에 따른 일반건강검진 <u>및 제5조 제2항에 따른 의료급여 생애전환기검진</u> 결과 <u>고혈압, 당뇨병, 폐결핵</u> 질환이 의심되는 ~</p> <p>제11조(국가건강검진 사후관리)</p> <p>④ 검진기관은 제5조 제3항 제3호에 따른 영유아 발달평가 및 상담 결과 발달지연이 의심되는 영유아의 보호자에게 <u>의료기관(병·의원)에서</u> 해</p>

현행	개정안
<p>정밀검사를 받을 수 있도록 안내한다.</p> <p>제15조(건강검진 결과의 활용)</p> <p>① 공단과 검진기관은 「건강검진기본법」 제18조 및 제19조와 제25조에 따라, 국가와 지방자치단체 등이 검진 자료를 활용하거나 수검자에 대한 사후관리를 할 수 있도록 수검자 또는 보호자에게 “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서”(별지 제12호 서식 또는 <u>별지 제12호의2 서식</u>)를 작성하도록 안내하여야 한다.</p>	<p>당 영유아에 대한 발달 정밀검사를 받을 수 있도록 안내한다.</p> <p>제15조(건강검진 결과의 활용)</p> <p>① 공단과 검진기관은 「건강검진기본법」 제18조 및 제19조와 제25조에 따라, 국가와 지방자치단체 등이 검진 자료를 활용하거나 수검자에 대한 사후관리를 할 수 있도록 수검자 또는 보호자에게 “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서”(별지 제12호 서식 <u>부터 제12호의3 서식까지 중에서 해당하는 것</u>)를 작성하도록 안내하여야 한다.</p>

# 건강검진 실시기준

제정	2009. 1. 19.	보건복지가족부고시 제2009-	4호
일부개정	2009. 12. 31.	보건복지부고시 제2009-	242호
일부개정	2010. 12. 23.	보건복지부고시 제2010-	120호
일부개정	2011. 12. 31.	보건복지부고시 제2011-	166호
일부개정	2012. 6. 22.	보건복지부고시 제2012-	69호
일부개정	2013. 4. 22.	보건복지부고시 제2013-	61호
일부개정	2014. 1. 9.	보건복지부고시 제2014-	2호
일부개정	2014. 7. 22.	보건복지부고시 제2014-	111호
일부개정	2015. 1. 27.	보건복지부고시 제2015-	19호
일부개정	2016. 1. 25.	보건복지부고시 제2016-	11호
일부개정	2016. 12. 26.	보건복지부고시 제2016-	252호
전부개정	2017. 12. 20.	보건복지부고시 제2017-	228호
일부개정	2018. 12. 19.	보건복지부고시 제2018-	264호
일부개정	2019. 12. 10.	보건복지부고시 제2019-	262호
일부개정	2020. 12. 24.	보건복지부고시 제2020-	313호
일부개정	2021. 12. 31.	보건복지부고시 제2021-	361호
일부개정	2022. 6. 20.	보건복지부고시 제2022-	146호
일부개정	2022. 12. 30.	보건복지부고시 제2022-	321호
일부개정	2023. 12. 29.	보건복지부고시 제2023-	292호
일부개정	2025. 1. 10.	보건복지부고시 제2025-	5호

## 제1장 총 칙

**제1조(목적)** 이 건강검진 실시기준(이하 “기준”이라 한다)은 「국민건강보험법」(이하 “법”이라 한다) 및 같은 법 시행령(이하 “령”이라 한다), 「의료급여법」, 「건강검진기본법」 및 같은 법 시행령과 시행규칙에서 건강검진에 관하여 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 기준에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “대상자”란 법 제52조 제2항 및 영 제25조 제1항과 「의료급여법」에 따라 해당 연도에 건강검진을 받을 수 있는 자를 말한다. 이 때, 영 제25조 제1항의 “사무직”이라 함은 「산업안전보건법 시행규칙」 제197조 제1항에 따른 “사무직에 종사하는 근로자”를 말한다.
2. “수검자”란 제1호에 따른 대상자 중 건강검진을 받은 자를 말한다.

3. “일반건강검진”이란 법 제52조 제2항 제1호에 따른 대상자와 「의료급여법」에 따른 의료급여수급권자 중 20세부터 64세까지 세대주 및 세대원에게 실시하는 건강검진을 말한다.
4. “의료급여생애전환기검진”이란 「의료급여법」에 따른 의료급여수급권자 중 66세 이상 세대주 및 세대원에게 실시하는 건강검진을 말한다.
5. “영유아건강검진”이란 법 제52조 제2항 제3호에 따른 대상자와 6세 미만 의료급여수급권자에게 실시하는 건강검진을 말한다.
6. “건강검진표”란 건강검진 대상자임을 알 수 있는 안내서 또는 표지를 말한다.

**제3조(건강검진 인력의 교육과정)** ① 「건강검진기본법 시행규칙」 별표 1의 비고 1, 별표 3 및 별표 4에서 “보건복지부장관이 정하는 교육과정”이라 함은 별표 8과 같다.

② 일반건강검진, 의료급여생애전환기검진, 영유아건강검진 및 구강검진은 별표 8에 따른 교육과정을 이수한 검진 담당의사가 실시하여야 한다.

③ 관련 법령이나 이 기준의 변경 등으로 검진 인력에 대한 교육이 필요한 경우에는 보수교육을 실시할 수 있다.

**제4조(업무의 수행과 위탁)** ① 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)은 법 제52조 및 이 기준에 따라 건강검진 실시에 필요한 업무를 수행한다.

② 보건복지부장관은 「의료급여법」 제14조에 따라 의료급여수급권자를 대상으로 실시하는 일반건강검진, 영유아건강검진, 의료급여생애전환기검진 업무를 공단에 위탁할 수 있다.

③ 공단은 연초 제1항 및 제2항에 따른 업무수행을 위하여 건강검진실시계획을 수립하여야 한다.

## 제2장 건강검진의 검사항목 등

**제5조(검사항목)** ① 일반건강검진은 다음 각 호의 검사항목을 실시한다.

1. 문진과 진찰

2. 신체계측, 혈압측정, 시력·청력 측정
3. 흉부방사선 촬영, 요검사, 혈액검사
4. 구강검진
5. 심뇌혈관질환 위험평가(문진과 검사 결과 등을 토대로 건강검진을 받은 자 (이하 “수검자”라 한다)의 심뇌혈관질환 위험도와 건강위험요인 등을 평가하는 것을 말한다. 이하 같다)
6. 인지기능장애 검사
7. B형간염 검사, C형간염 검사
8. 구강 치면세균막 검사
9. 골밀도 검사, 노인신체기능검사
10. 생활습관평가(생활습관과 관련된 담배사용, 음주, 운동, 영양, 비만 건강위험 요인을 평가하고 평가 결과에 따라 생활습관 개선을 위한 상담 및 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)
11. 정신건강검사는 우울증 및 조기정신증에 대한 선별검사를 실시하는 것을 말한다.

② 의료급여생애전환기검진은 다음 각 호의 검사항목을 실시한다.

1. 문진과 진찰
2. 신체계측, 시력·청력 측정
3. 인지기능장애 검사
4. 골밀도 검사, 노인신체기능검사
5. 생활습관평가(생활습관과 관련된 담배사용, 음주, 운동, 영양, 비만 건강위험 요인을 평가하고 평가 결과에 따라 생활습관 개선을 위한 상담 및 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)
6. 정신건강검사는 우울증에 대한 선별검사를 실시하는 것을 말한다.

③ 영유아건강검진은 다음 각 호의 검사항목을 실시한다.

1. 문진과 진찰
2. 신체계측
3. 발달평가 및 상담(공인된 질문 도구를 이용하여 영유아의 발달사항을 점검하고 상담을 실시하는 것을 말한다. 이하 같다)
4. 건강교육(매 시기별 육아에 필요한 사항을 보호자에게 교육하고 보호자 설명서 등 자료를 제공하는 것을 말한다. 이하 같다)
5. 구강검진



- 제6조(검진 비용 및 방법 등)** ① 「건강검진기본법」 제24조 및 이 기준 제5조에 따른 검사항목별 대상자, 건강검진에 소요되는 비용(이하 “검진비용”이라 한다) 및 검사방법 등은 별표 1부터 별표 3과 같다.
- ② 「건강검진기본법」 제14조 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 지정받은 검진기관은 지정기준을 충족하는 원내 검사실에서 검체검사를 하며, 내원검진만 실시하는 의원 등이 검체검사를 위탁하는 경우 별표 9에서 정하는 바에 따라 실시하여야 한다.
- ③ 「건강검진기본법 시행규칙」 제4조 제3항에 따라 출장검진기관으로 지정받은 기관은 출장검진의 검체를 원내 검사실로 이송하여 검사하며, 그 검체 관리 방법은 별표 9를 준용한다. 이 경우, 검체의 인계·인수자는 검체관리에 관한 사항을 별지 제16호 서식에 따라 기재하여야 하며, 인수자는 이를 보관하여야 한다.
- ④ 제5조에 따른 검사항목별 결과 판정기준은 별표 4, 별표 5와 같다.
- ⑤ 제5조 제1항 제10호와 같은 조 제2항 제5호의 검사항목은 대상자가 원하는 경우 1회에 한하여 검진일을 달리하여 실시할 수 있다.

### 제3장 건강검진의 실시시기 및 절차 등

**제7조(검진 실시기관)** ① 건강검진은 「건강검진기본법」 제14조에 따라 지정받은 검진기관에서 실시한다.

**제8조(검진 실시시기)** ① 건강검진은 해당연도에 실시한다. 단, 다음 표에서 정한 검진항목의 검진 실시시기는 이를 따른다.

구분	검진항목		실시시기
일반 건강검진	총콜레스테롤		남성 24세 이상, 여성 40세 이상 4년마다
	고밀도(HDL) 콜레스테롤		
	중성지방		
	저밀도(LDL) 콜레스테롤		
	B형간염 표면항원/표면항체		40세
	C형간염 항체		56세
	골밀도 검사		54, 60, 66세 여성
	인지기능장애		66세 이상 2년마다
	정신건강검사	우울증	20~34세(2년마다), 35~39세(1회), 40~49세(1회), 50~59세(1회), 60~69세(1회), 70~79세(1회)
		조기정신증	20~34세(2년마다)
	생활습관평가		40, 50, 60, 70세
	노인신체기능검사		66, 70, 80세
구강검진	치면세균막검사		40세
의료급여 생애전환기검진	골밀도 검사		66세 여성
	인지기능장애		66세 이상 2년마다
	정신건강검사(우울증)		70~79세(1회)
	생활습관평가		70세
	노인신체기능검사		66, 70, 80세

② 영유아건강검진은 다음 각 호에서 정한 시기에 각 1회 실시한다.

### 1. 영유아건강검진

구분	실시시기
1차 검진	생후 14~35일
2차 검진	생후 4~6개월
3차 검진	생후 9~12개월
4차 검진	생후 18~24개월
5차 검진	생후 30~36개월
6차 검진	생후 42~48개월
7차 검진	생후 54~60개월
8차 검진	생후 66~71개월

### 2. 영유아구강검진

구분	실시시기
1차 검진	생후 18~29개월
2차 검진	생후 30~41개월
3차 검진	생후 42~53개월
4차 검진	생후 54~65개월

③ 의료급여수급권자에 대한 일반건강검진은 2년마다 1회 이상 실시한다.

**제9조(검진 실시절차)** ① 공단은 대상자에게 건강검진표를 미리 송부하고 건강검진 실시방법·절차 등을 안내하여야 한다. 이 경우 지역가입자에게는 각 세대에 통보하는 보험료고지서에 이를 수록하여 안내할 수 있다.

② 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 관할 지역 의료급여수급권자 중 건강검진 대상자에게 보건복지부장관이 정한 지침에 따라 건강검진 실시에 대하여 안내할 수 있다.

③ 대상자는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 그 밖에 법 시행규칙 제7조에서 정하는 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서(이하 “신분증명서”라 한다)를 지참하고, 검진기관에서 건강검진을 받는다.

④ 제3항에 따라 건강검진을 받는 대상자 중 「장애인복지법 시행규칙」 제2조에 따른 장애의 정도가 심한 장애인(이하 “장애의 정도가 심한 장애인”이라 한다)이 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조에 따른 장애인 건강검진기관(이하 “장애인 건강검진기관”이라 한다)에서 건강검진을 받을 경우에는 장애의 정도가 심한 장애인임을 확인할 수 있는 증명서 등을 지참하여야 한다.

⑤ 검진기관은 대상자가 제시한 신분증명서를 확인한 후,공단 전산시스템을 활용하거나 공단에 전화 문의 등을 통해 본인 및 검사 항목별 대상자 여부 등(영유아 건강검진의 경우 검진 시기별 대상자 및 검진가능 기간을 포함한다)을 확인한 후 건강검진을 실시하여야 한다.

⑥ 검진기관은 검진 실시에 앞서 다음 각 호의 문진표 등을 구비하여야 하고, 대상자는 검진기관의 안내에 따라 해당 문진표 등을 작성하여 제출한다.

1. 건강검진 문진표(별지 제1호 서식)
2. 건강검진 추가 문진표(별지 제2호 서식)
3. 구강검진 문진표(별지 제3호 서식)
4. 영유아건강검진 문진표(별지 제4호부터 제4호의8까지의 서식)
5. 영유아구강검진 문진표(별지 제5호부터 제5호의4까지의 서식)
6. 한국 영유아 발달선별검사 도구(K-DST)
7. 인지기능장애 평가도구(별지 제13호 서식)
8. 정신건강검사 평가도구(별지 제14호 서식, 별지 제14호의2 서식)

9. 생활습관 평가도구 및 처방전(별지 제15호부터 제15호의10까지의 서식)

**제10조(건강검진 결과 통보 등)** ① 검진기관은 건강검진을 완료한 후 다음 각 호의 결과통보서를 작성하여 수검자에게 15일 이내에 우편, 이메일, 모바일 등으로 통보하여야 한다.

1. 일반건강검진 결과통보서(별지 제6호 서식)
2. 의료급여생애전환기검진 결과통보서(별지 제6호의2 서식)
3. 구강검진 결과통보서(별지 제7호 서식)
4. 영유아건강검진 결과통보서(별지 제8호부터 제8호의8까지의 서식)
5. 영유아구강검진 결과통보서(별지 제9호부터 제9호의4까지의 서식)
6. 생활습관 평가에 따른 처방전(별지 제15호의2, 제15호의4, 제15호의6, 제15호의8, 제15호의10 서식)

7. 생활습관평가 결과통보서(별지 제6호의3 서식)

② 제1항에도 불구하고 영유아건강검진, 구강검진 및 제6조 제5항에 따른 생활습관평가를 실시한 검진기관은 수검자에게 결과통보서를 직접 교부하여야 하나, 전산오류, 기기고장 등 부득이한 경우에는 우편, 이메일, 모바일 등으로 통보할 수 있다.

③ 제2항에 따라 검진기관이 영유아건강검진 결과를 전산출력물 등을 이용하여 수기로 기재할 경우에는 신체계측란에 “영유아 건강검진 연령별·성별 성장도표”를 편집하여 인쇄하고, 연령과 성별을 확인한 후 정확하게 기재하여야 한다.

④ 검진기관은 건강검진자료를 보관·관리하는 경우에는 「의료법」 제22조 및 제23조에 따라 관리하여야 한다.

**제11조(국가건강검진 사후관리)** ① 검진기관은 「건강검진기본법」 제19조 제1항에 따라 건강검진결과 건강을 위협하는 요인이나 질병을 의심할 수 있는 요인 등이 발견된 자에 대하여 상담 또는 전문 의료기관의 의뢰 등 필요한 조치를 취하여야 한다.

② 검진기관은 제5조 제1항에 따른 일반건강검진 및 제5조 제2항에 따른 의료

급여 생애전환기검진 결과 질환이 의심되는 수검자에게 해당분야 진료(필요한 경우 해당질환 확진을 위한 검사 포함)를 받을 수 있도록 안내하고 요양기관에서 확진검사 대상자를 확인할 수 있도록 수검자의 인적사항, 검진일자, 검사항목 등을 수록한 전산자료를 즉시 공단에 통보하여야 한다.

③ <삭제>

④ 검진기관은 제5조 제3항 제3호에 따른 영유아 발달평가 및 상담 결과 발달지연이 의심되는 영유아의 보호자에게 의료기관(병·의원)에서 해당 영유아에 대한 발달 정밀검사를 받을 수 있도록 안내한다.

## 제4장 검진비용

**제12조(검진비용의 부담)** ① 제6조 제1항에 따른 건강보험가입자 및 피부양자의 검진비용은 공단이 전액 부담한다.

② 제6조 제1항에 따른 의료급여수급권자의 검진비용은 국가와 지방자치단체에서 부담한다.

③ 시장·군수·구청장은 제4조제2항에 따른 의료급여수급권자의 검진비용 등을 보건복지부장관이 정하는 소정기일까지 공단의 지정된 계좌로 예탁한다.

④ 공단과 시장·군수·구청장(이하 “공단 등”이라 한다)은 이 기준에서 정한 검사항목이 아니거나 검사방법 등에 의하지 않은 비용은 부담하지 아니한다.

**제13조(검진비용의 청구지급)** ① 검진기관은 건강검진을 완료한 날로부터 30일 이내에 다음 각 호 중 해당 내용을 수록한 전산자료로 검진비용을 공단에 청구하여야 한다.

1. 검진비용 청구서(별지 제11호 서식 및 제11호의2 서식)
2. 일반건강검진 결과통보서(별지 제6호 서식)
3. 의료급여생애전환기검진 결과통보서(별지 제6호의2 서식)
4. 구강검진 결과통보서(별지 제7호 서식)
5. 영유아건강검진 결과통보서(별지 제8호부터 제8호의8까지의 서식)
6. 영유아구강검진 결과통보서(별지 제9호부터 제9호의4까지의 서식)
7. 문진표(별지 제1호부터 제5호의4까지의 서식)

② 검진기관이 제1항에 따른 검진비용을 청구할 경우에는 공단의 전산시스템

(건강검진 포털) 등에 검진결과내역을 등록한 후 공단에 청구하여야 한다.

③ 공단은 제2항의 검진비용 청구서가 접수된 날로부터 15일 이내에 해당 검진기관의 건강보험 요양급여비용 지급계좌로 검진비용을 지급하여야 한다. 다만, 공단이 검진기관에 기재 오류 등 청구 착오에 대한 정정을 요청한 경우에는 그에 소요되는 기간은 제외한다.

④ 공단은 검진비용을 지급함에 있어 정산사유가 있을 경우에는 “검진비용 정산 기준”(별표 6)에 따라 정산·지급한다.

⑤ 공단은 토요일 및 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일에 검진을 실시한 기관에 대하여 건강검진 상담료 및 행정비용의 30%를 가산하여 지급할 수 있다.

⑥ 공단은 장애의 정도가 심한 장애인이 장애인 건강검진기관에서 일반 건강검진, 의료급여생애전환기검진을 받을 경우 별표 1, 별표 2에서 정한 장애인 안전·편의관리비를 지급할 수 있다.

⑦ 공단은 제6조 제5항에 따른 대상자가 검진일을 달리하여 실시하였을 경우 해당 검진기관에 별표 1의 건강검진 상담료 및 행정비용을 지급할 수 있다. 단, 대상자는 검진기관을 달리하여 건강검진을 받고자 하는 경우에는 건강검진 결과통보서(별지 제6호 서식 또는 별지 제6호의2 서식)를 지참하여야 한다.

**제14조(검진비용의 환수 등)** ① 공단 등은 검진기관이 「건강검진기본법」 제16조에 따른 검진기관의 지정취소 등의 사유 및 이 기준에 정한 사항을 위반하여 부당한 방법으로 건강검진을 실시하였거나 실시하는 지를 확인하기 위하여 검진기관 또는 출장검진 현장을 방문하여 관련자료를 확인할 수 있으며, 검진기관의 지정취소 및 업무정지 등의 사유를 발견하는 경우 해당 검진기관을 지정한 특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다)에게 그 위반사항을 통보하여야 한다.

② 공단 등은 제1항에 따라 위반한 사실을 확인한 경우에는 법 제57조에 따라 검진기관으로부터 검진 비용에 상당하는 금액을 환수할 수 있다. 단, 별표 7 검진비용 환수 기준에 명시된 위반사항은 해당 환수 기준을 따른다.

③ 공단은 검진기관의 부당한 검진행위로 인해 수검자의 검진결과에 명백히 문

제가 발생한 경우에는 해당 수검자가 재검진을 받을 수 있도록 조치하여야 한다.

④ 공단 등은 수검자가 영 제25조 제1항 및 이 기준 제8조에 정한 검진횟수를 초과하여 검진을 받은 사실을 확인한 경우에는 해당 검진 비용에 상당하는 금액을 수검자로부터 환수할 수 있다.

⑤ 공단 등은 제2항 또는 제4항에 따라 검진비용을 환수할 경우 그 사유 및 금액 등을 구체적으로 명시하여 해당 검진기관 또는 수검자에게 통보하여야 한다.

## 제5장 건강검진 결과의 활용 등

**제15조(건강검진 결과의 활용 등)** ① 공단과 검진기관은 「건강검진기본법」 제 18조 및 제19조와 제25조에 따라, 국가와 지방자치단체 등이 검진자료를 활용하거나 수검자에 대한 사후관리를 할 수 있도록 수검자 또는 보호자에게 “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서”(별지 제12호 서식부터 제12호의3 서식까지 중에서 해당하는 것)를 작성하도록 안내하여야 한다.

② 검진기관이 제1항에 따라 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서를 받은 경우에는 제13조에 따라 검진비용을 청구할 때 검진기관 소재지 관할 공단지사에 송부하고, 공단지사는 그 동의서를 보관하여야 한다.

③ 국가와 지방자치단체 등이 제1항에 따른 검진자료를 활용함에 있어 필요한 검진자료의 수집·관리, 개인정보보호 등 세부사항은 「건강검진기본법」 제 18조에서 정한 바에 따른다.

## 제6장 보 칙

**제16조(운영세칙)** 이 기준에서 위임한 사항 및 그 시행을 위하여 필요한 세부적인 운영사항에 대하여는 공단이 별도로 정하여 시행할 수 있다. 이 경우 공단은 사전에 보건복지부장관과 협의하여야 한다.

**제17조(재검토기한)** 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 2020년 1월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의

폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.

#### 부 칙 <제2017-228호, 2017. 12. 20.>

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(건강검진 인력의 교육과정에 관한 경과조치) 제3조 제2항에 따라 2018년 1월 1일부터 일반건강검진 및 의료급여생애전환기검진을 실시하는 모든 검진 의사는 이 고시에 의하여 개설된 ‘일반건강검진 교육과정’을 반드시 이수하여야 한다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우 2018년 3월 31일까지 교육이수를 유예할 수 있다.

1. 종전의 규정에 따라 “일반건강검진(생애전환기건강진단) 교육과정”을 이수한 의사
2. 이 고시 시행일 현재 종전의 규정에 따른 일반건강검진을 담당하고 있는 의사(이 경우에는 별표1의 1호에서 6호까지의 검사항목에 해당하는 대상자에 한하여 검진을 실시할 수 있다)

제3조(종전 2차 검진 등에 관한 경과조치) 이 고시 시행 당시 종전의 규정에 따른 일반건강검진의 2차 검진 및 생애전환기건강진단의 2차 검진은 종전의 규정에 따라 실시한다.

제4조(영유아건강검진 결과통보서에 관한 적용례) 제10조 제1항 제4호에 따른 영유아건강검진 결과통보서(별지 8호의2 서식부터 별지 8호의2-1 서식) 중 별지8호의2-1 서식은 2018년 3월 31일까지 적용하고, 별지 8호의 2 서식은 2018년 4월 1일부터 적용한다.

#### 부 칙 <제2018-264호, 2018.12.19.>

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

#### 부 칙 <제2019-262호, 2019.12.10.>

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

#### 부 칙 <제2020-313호, 2020.12.24.>

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제8조제2항의



1. 영유아건강검진 표 중 제2차 검진부터 제8차 검진까지의 별표 3, 별표 5의 개정사항과 별지 제4호의2부터 제4호의8 서식, 별지 제8호의2부터 제8호의8까지의 서식의 개정사항은 2021년 4월 1일부터 시행한다.

제2조(영유아건강검진 검진 차수 적용례) 이 고시가 시행되기 전의 제8조 제2항 중 1. 영유아건강검진 표에 따른 제1차부터 제7차까지의 검진은 2021년 3월 31일까지 각각 이 고시가 시행된 이후의 제2차부터 제8차까지의 검진으로 본다.

**부 칙 <제2021-361호, 2021.12.31.>**

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <제2022-146호, 2022.6.20.>**

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 6월 30일부터 시행한다.

**부 칙 <제2022-321호, 2023.1.1.>**

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <제2023-292호, 2024.1.1.>**

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <제2025-5호, 2025.1.10.>**

제1조(시행일) 이 고시는 2025년 1월 1일부터 시행한다.

## 일반건강검진 검사항목, 검진비용, 대상자 및 검사방법

### 1. 일반건강검진

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
<b>1. 건강검진 상담료 및 행정비용</b> ○ 문진과 진찰 및 상담  ○ 키, 몸무게, 비만도, 허리둘레  ○ 혈압측정  ○ 시력, 청력 측정  ○ 장애인 안전·편의관리	가-1 (AA154)×52.1%       70,000원	○ 일반건강검진 대상자      ○ 장애의 정도가 심한 장애인	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 수검자가 작성한 문진표의 과거병력, 증상 등에 대한 상담을 한다. ○ 비만도는 체질량지수(Body Mass Index)로 보고한다. ○ 허리둘레는 줄자를 이용하여 대상자 측면(mid-axillary plane)의 마지막 늑골 하단과 장골능선 상단의 중간지점에서 측정한다. - 다만, 카몸무게 및 허리둘레 측정을 희망하지 않는 경우에는 비만도 측정을 위해 본인이 직접 기재하도록 할 수 있다. ○ 혈압은 수검자가 최소한 5분 이상 안정을 취한 후 혈압계를 이용하여 측정한다. 측정결과 수축기압 120mmHg 이상 또는 이완기압 80mmHg 이상인 경우에는 2분 이상의 간격을 둔 후 재측정을 실시한다. ○ 시력은 의료가기로 등록된 시력표(영상시력측정기 포함)를 사용하여 측정하되 교정시력일 경우 '교정' 여부에 표기한다. 청력은 순음청력검사로 측정하되, 보청기 사용 시 '교정' 여부에 표기한다. 66세 이상에서는 귓속말 검사 방법을 사용하여 측정할 수 있다. ○ 검진 안내 보조 동행서비스를 제공하고, 청각장애인 또는 발달장애인을 위한 서면안내문 비치 및 시각장애인을 위한 청각안내시스템을 설치 운영한다.
<b>2. 흉부방사선 촬영</b> - 직접촬영  ○ 촬영 및 판독 - film-screen system ·필름(14"×14") ·필름(14"×17")	촬영 및 판독료+재료대   다-121 (G2101) + 치료재료금액표 <sup>주1)</sup> "	○ 일반건강검진 대상자	○ 흉부방사선은 직접촬영으로 실시한다. - 사진불량인 경우에는 수검자에게 통보하여 반드시 재촬영을 하여야 한다.  ○ 흉부방사선 촬영 영상획득 방법 및 필름판독 - 영상획득방법은 film-screen system, digital radiography system(CR 또는 DR) 모두 가능하며, Full PACS는 digital radiography system(CR 또는 DR)으로 획득한 영상을 이용한다.

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
- digital radiography system(CR 또는 DR), Full PACS	방사선 영상처리비용 <sup>주2</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 영상의학과 전문의가 상근하는 검진기관은 해당 영상의학과 전문의가 판독한다. 다만, 영상의학과 전문의가 없거나 영상판독을 외부로 위탁하는 경우에는 영상의학과 전문의(위탁판독 기관 소속)에 의뢰하여 판독한다.</li> <li>- 위 내용에도 불구하고 검진기관으로 인정된 대한결핵협회 부설의원에서 건강검진을 받은 자의 흉부방사선 필름 판독을 대한결핵협회 내에서 판독할 경우에는 결핵과 전문의가 판독할 수 있다.</li> </ul> <p>※ 방사선 촬영을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.</p>
<b>3. 요검사</b>  ○ 요단백	누-225 (D2251)	○ 일반건강검진 대상자	○ 요검 또는 시험관 등을 이용하여 채취하여야 하며 시험지(Urine Test Strip)를 사용하여 측정한다. 이때 제조회사의 검사방법 등 설명서에 따라 반응시간과 판독시간을 정확히 준수하여 검사한다(요검사는 채취 후 2시간 이내에 시행하여야 한다).
<b>4. 혈액검사</b>  ○ 혈색소 ○ 공복혈당 ○ 총콜레스테롤 ○ 고밀도(HDL) 콜레스테롤 ○ 중성지방  ○ 저밀도(LDL) 콜레스테롤  ○ 에이에스티(AST(SGOT)) ○ 에이엘티(ALT(SGPT)) ○ 감마지티피(γ-GTP) ○ 혈청 크레아티닌 검사 ○ 신사구체여과율(e-GFR)	누-000 (D0002) 누-302 (D3022) 누-261 (D2611) 누-261 (D2613) 누-260 (D2263)  누-261 (D2614)  누-186 (D1860) 누-185 (D1850) 누-189 (D1890) 누-228 (D2280) -	○ 일반건강검진 대상자 (단 콜레스테롤(4종) 검사는 남성 24세 이상, 여성 40세 이상에 대하여 4년마다)	○ 혈액 보관 방법 및 검사 시간은 [별표 9] 다. 검체채취 및 보관에서 정한 비에 따른다. ○ 수검자의 공복 상태를 확인한 후 1회용 주사기나 진공시험관(1회용 주사침 포함)으로 채혈하며 1회용 시험관이나 잘 세척 건조된 용기에 보관하여야 한다. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cyanmethemoglobin법 또는 이에 준하는 방법으로 검사한다.</li> <li>- 효소법으로 측정한다(식전검사는 8시간 이상 공복을 원칙으로 한다).</li> <li>- 효소법으로 측정한다.</li> <li>- 효소법으로 측정한다.</li> <li>- 효소법으로 측정한다.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 저밀도 콜레스테롤은 총콜레스테롤, 고밀도콜레스테롤, 중성지방 수치로 계산하되, 중성지방 측정값이 400mg/dL 이상인 경우 실측정한다. (기준에 채혈한 혈액을 활용)</li> <li>- NADH UV법 또는 이에 준하는 방법으로 실시한다.</li> <li>- NADH UV법 또는 이에 준하는 방법으로 실시한다.</li> <li>- SZASZ법 또는 IFCC(Carboxy-GGNA)법으로 실시한다.</li> <li>- Jaffe endpoint법 또는 Jaffe Kinetic법으로 실시한다.</li> <li>- 나이, 성별 및 혈청 크레아티닌 수치로 다음의 CKD-EPI (Chronic Kidney</li> </ul>

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법													
			<div>Disease Epidemiology Collaboration) 방식에 따라 계산한다</div> <table><tr><th>성별</th><th>혈청크레아티닌 농도</th><th>공식</th></tr><tr><td rowspan="2">남자</td><td>≤ 0.9 mg/dL</td><td><math>141 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.9)^{-0.411} \times (0.993)^{\text{연령}}</math></td></tr><tr><td>&gt; 0.9 mg/dL</td><td><math>141 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.9)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{연령}}</math></td></tr><tr><td rowspan="2">여자</td><td>≤ 0.7 mg/dL</td><td><math>144 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{\text{연령}}</math></td></tr><tr><td>&gt; 0.7 mg/dL</td><td><math>144 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{연령}}</math></td></tr></table>	성별	혈청크레아티닌 농도	공식	남자	≤ 0.9 mg/dL	$141 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.9)^{-0.411} \times (0.993)^{\text{연령}}$	> 0.9 mg/dL	$141 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.9)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{연령}}$	여자	≤ 0.7 mg/dL	$144 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{\text{연령}}$	> 0.7 mg/dL	$144 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{연령}}$
성별	혈청크레아티닌 농도	공식														
남자	≤ 0.9 mg/dL	$141 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.9)^{-0.411} \times (0.993)^{\text{연령}}$														
	> 0.9 mg/dL	$141 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.9)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{연령}}$														
여자	≤ 0.7 mg/dL	$144 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{\text{연령}}$														
	> 0.7 mg/dL	$144 \times (\text{혈청크레아티닌}/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{\text{연령}}$														
<div>5. 간염검사</div> <div><div><div>○ B형간염 표면항원</div><div>- 일반</div><div>- 정밀</div><div>· 핵의학적방법을 사용하는 경우</div></div><div><div>○ B형간염 표면항체</div><div>- 일반</div><div>- 정밀</div><div>· 핵의학적방법을 사용하는 경우</div></div><div><div>○ C형간염 항체</div><div>- 일반</div><div>- 정밀</div><div>· 핵의학적방법을 사용하는 경우</div></div></div>	<div>누-700 (D7001)</div> <div>누-701 (D7015)</div> <div>누-701 (D7016)</div> <div> </div> <div>누-700 (D7002)</div> <div>누-701 (D7018)</div> <div>누-701 (D7019)</div> <div> </div> <div>누-700 (D7005)</div> <div>누-701 (D7026)</div> <div>누-701 (D7027)</div>	<div><div>○ 일반건강검진 대상자</div><div>- 40세</div><div>- B형간염 표면항원 양성자 또는 자동, 파동 면역으로 인한 항체 형성지는 제외</div></div> <div><div>○ 일반건강검진 대상자</div><div>- 56세</div></div>	<div><div>○ 동일검체로 실시하며 채혈된 혈액검사는 일반 또는 정밀로 한다.</div><div>- 1회용 주사기나 진공시험관(1회용 주사침포함)으로 채혈하며 채혈된 혈액은 1회용 시험관이나 잘 세척 건조된 용기에 보관하여야 한다.</div><div>- B형간염 표면항원/항체 검사 시 정밀검사방법으로 측정할 경우에는 검사 결과 값과 검진기관의 기준치를 표시하여야 한다.</div></div> <div><div>○ 동일검체로 실시하며 채혈된 혈액검사는 일반 또는 정밀로 한다.</div><div>- 1회용 주사기나 진공시험관(1회용 주사침포함)으로 채혈하며 채혈된 혈액은 1회용 시험관이나 잘 세척 건조된 용기에 보관하여야 한다.</div><div>- C형간염 항체 검사 시 정밀검사방법으로 측정할 경우에는 검사 결과 값과 검진기관의 기준치를 표시하여야 한다.</div></div>													
<div>6. 골밀도 검사</div> <div><div>○ 양방사선골밀도검사</div><div>○ 양방사선말단골밀도검사</div><div>○ 정량적전산화단층골밀도검사</div><div>○ 말단골정량적전산화단층골밀도검사</div><div>○ 정량적초음파골밀도검사</div></div>	<div>다-334 (HC341)</div> <div>다-334 (HC344)</div> <div>다-334 (HC343)×82.12%</div> <div>다-334 (HC346)×82.12%</div> <div>다-334 (HC344)×50%</div>	<div><div>○ 일반건강검진 대상자</div><div>- 54, 60, 66세 중 여성</div></div>	<div><div>○ 양방사선골밀도검사(DEXA), 양방사선말단골밀도검사(pDEXA), 정량적전산화단층골밀도검사(QCT), 말단골정량적전산화단층골밀도검사(pQCT) 또는 정량적초음파골밀도검사(QUS) 방법을 사용하여 측정한다.</div><div>- 양방사선골밀도검사는 요추에서 측정하는 것을 원칙으로 하되, 요추 측정이 불가능한 경우(요추골절, 요추수술로 보형물 삽입 등) 고관절에서 측정할 수 있다.</div></div>													

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
<b>7. 인지기능장애</b> ○ KDSQ-C 검사 및 상담	나-622 (F6221)×20%	○ 일반건강검진 대상자 - 66세 이상(2년마다)	○ [별지 제13호 서식] 인지기능장애 평가도구(KDSQ-C)를 사용하여 작성하고, 결과 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자 설문조사로 하되, 동행한 보호자가 없을 경우 본인이 작성하는 것으로 하며, 시각 장애인 등의 경우 필요시 설문내용을 숙지한 검진 의사, 간호사 등이 설문내용을 읽어주고 답변을 기입할 수 있다. - 다만, 본인이 인지기능장애 평가를 희망하지 않는 경우에는 작성하지 않을 수 있다. - 인지기능장애 평가 결과 6점 이상인 경우 자세한 검사와 진료가 가능한 가까운 병의원(신경과, 정신건강의학과 등 전문의)으로 의뢰하거나, 치매안심센터(또는 치매상담콜센터)에서 상담을 받을 수 있도록 안내하여야 한다. ※ 점수산정기준: 아니다(0점), 가끔(조금) 그렇다(1점), 자주(많이) 그렇다(2점)
<b>8. 생활습관평가</b>	1종(기본) 6,000원 + 1종 추가시 1,500원 추가 (총 5회 12,000원)	○ 일반건강검진 대상자 - 40, 50, 60, 70세	○ [별지 제15호부터 제15호의10까지의 서식] (담배사용, 음주, 운동, 영양, 비만)생활 습관 평가도구 및 처방전을 사용하며, 결과상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. ※ 생활습관평가 대상 예시 - 담배사용(현재 담배사용자, 음주(고위험 음주 해당자: 저위험 음주가 아닌 사람), 운동(신체활동 부족 해당자), 영양(저체중, 비만 또는 복부비만, 빈혈, 위험음주, 운동부족, 이상지질혈증, 고혈압, 70세면서 일상기능 저하), 비만(비만, 복부비만) ○ 비흡연자 및 비음주자의 담배사용 및 음주평가를 제외하고 운동, 영양, 비만에 한하여 검진 의사가 필요하다고 판단되는 경우나 수검자가 평가를 받기를 원하는 경우 평가 및 처방을 실시할 수 있다.
<b>9. 정신건강검사</b> ○ PHQ-9(우울증) 검사 및 상담	너-701 (FY751)	○ 일반건강검진 대상자 - 20~34세(2년마다), 35~39세(1회), 40~49세(1회), 50~59세(1회), 60~69세	○ [별지 제14호 서식] 정신건강검사 평가도구(PHQ-9)를 사용하며 자기기입식 설문조사로 하고, 결과상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 노인이나 시각 장애인 등의 경우, 필요시 설문내용을 숙지한 검진 의사, 간호사 등이 설문내용을 읽어주고 답변을 기입할 수 있다.

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
○ CAPE-15(조기정신증) 검사 및 상담	6,000원	(1회), 70~79세(1회)  ○ 일반건강검진 대상자 - 20세~34세 (2년마다)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 총점이 10점 이상으로 주요우울장애가 의심되거나 또는 9번 문항을 1점 이상으로 응답한 경우 가까운 병·의원(정신건강의학과 등 전문의)으로 의뢰하고, 정신건강복지센터(또는 정신건강 위기상담전화)에서 상담을 받을 수 있도록 안내하여야 한다.</li> <li>※ 점수산정기준: 전혀 아니다(0점), 여러날 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)</li> </ul> ○ [별지 제14호의2 서식] 정신건강검사 평가도구(CAPE-15)를 사용하며 자기기입식 설문조사로 하고, 결과상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 시각 장애인 등의 경우, 필요시 설문내용을 숙지한 검진 의사, 간호사 등이 설문내용을 읽어주고 답변을 기입할 수 있다.</li> <li>- 빈도 총점이나 고통 총점이 6점 이상이면 가까운 병·의원(정신건강의학과 등 전문의)으로 의뢰하고, 정신건강복지센터(또는 정신건강 위기상담전화)에서 상담을 받을 수 있도록 안내하여야 한다.</li> <li>※ 점수산정기준: 빈도 - 없음(0점), 가끔(1점), 자주(2점), 거의항상(3점) 고통 - 없음(0점), 조금(1점), 상당히(2점), 매우(3점)</li> </ul>
<b>10. 노인신체기능검사</b>  ○ 낙상검사 - 하지기능 - 평형성	2,400원	○ 일반건강검진 대상자 - 66, 70, 80세	○ 하지기능, 평형성 검사를 실시한다. - 일어나서 3m 걷은 후 다시 돌아와 앉게 하는 방법으로 측정한다. - 한발로 서게 하는 방법으로 측정한다.
<b>11. 구강검진</b> ○ 문진과 진찰 및 상담  ○ 치아검사  ○ 치주조직검사  ○ 조치 사항	가-1 (AA100)×52.1%	○ 일반건강검진 대상자	○ 진찰 및 상담은 치과의사가 직접 실시하여야 한다. - 수검자가 작성한 문진표의 구강건강관련습관, 구강건강인식도 및 구강증상 등에 대한 상담을 한다. ○ 치아검사는 우식(충치) 치아, 우식(충치) 의심치아, 수복치아, 상실치아에 대하여 육안으로 검사하고, 이상 치아 유무를 기재한다. ○ 치주조직검사는 치은염증과 치석으로 나누어서 육안으로 검사하고, 경중의 정도를 기재한다. ○ 문진표 평가 시 치과병력, 구강건강인식도 및 구강건강습관문제에 이상이 있는 경우에는 이와 관련된 구강보건교육 및 상담을 진행한다.

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
○ 치면세균막 검사	3,000원	○ 40세	<p>○ 검진 결과 예방조치가 필요하거나 구강상병의 의심이 있거나 치료가 필요한 경우는 이를 수검자에게 전달한다.</p> <p>○ 상·하악(우측부, 좌측부, 중앙부)의 일면에 치면세균막이 부착된 정도를 치면착색제를 이용하여 구강환경관리능력지수(PHP)로 검사 또는 평가한다.</p> <p>- 검사대상치아와 치면은 상악 우측 제1대구치(#16), 상악 우측 중절치(#11), 상악 좌측 제1대구치(#26), 하악 좌측 중절치(#31)의 순협면과 하악 우측 제1대구치(#46), 하악 좌측 제1대구치(#36)의 설면이다.</p> <p>- 각 검사대상 치면을 5개 부분으로 나누고 치면세균막 부착여부를 조사하여 불부착시에는 0점, 부착시에는 1점을 평점하며, 치아당 0점-5점을 부여한다.</p> <p>※ 각 치면 점수 합을 평가 치아 수로 나누어 1점 미만은 '우수', 1~3점 미만은 '보통', 3점 이상은 '개선요망'으로 판정한다.</p>

주1) 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」

주2) 흉부방사선 촬영시 컴퓨터영상처리장치(CR) 또는 디지털촬영장치(DR), 영상저장 및 전송시스템(Full Pacs)을 이용하는 경우에는 이에 대한 검사비용 심사와 지급은 「국민건강보험법」 제41조제2항·3항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 따른 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(행위)과 「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항에 따른 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」중 병원, 치과병원 및 요양병원의 점수를 따른다.

※ 분류번호(코드): 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 적용(분류번호만으로 구분할 수 있는 경우에는 분류코드 생략)

※ 일반건강검진은 「국민건강보험법」에 따른 종별가산율 및 차등수가를 적용하지 않는다. 다만, 환산지수는 병원 또는 의원 유형별 분류 점수 중 높은 단가로 적용하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 검체검사 질 가산을 산출 및 적용기준의 등급별 가산율은 3등급을 적용한다.

## 의료급여생애전환기검진 검사항목, 검진비용, 대상자 및 검사방법

### 1. 의료급여생애전환기검진

검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
<b>1. 건강검진 상담료 및 행정비용</b> ○ 문진과 진찰 및 상담  ○ 키, 몸무게, 비만도, 허리둘레  ○ 시력, 청력 측정  ○ 장애인 안전·편의관리	가-1 (AA154)×52.1%       70,000원	○ 의료급여생애전환기검진 대상자     ○ 장애의 정도가 심한 장애인	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 수검자가 작성한 문진표의 과거병력, 증상 등에 대한 상담을 한다. ○ 비만도는 체질량지수(Body Mass Index)로 보고한다. ○ 허리둘레는 줄자를 이용하여 대상자 측면(mid-axillary plane)의 마지막 늑골 하단과 장골능선 상단의 중간지점에서 측정한다. - 다만, 키·몸무게 및 허리둘레 측정을 희망하지 않는 경우에는 비만도 측정을 위해 본인이 직접 기재하도록 할 수 있다. ○ 시력은 의료기기로 등록된 시력표를 사용하여 측정하되 교정시력일 경우 ‘교정’ 여부에 표기한다. 청력은 순음청력검사로 측정하되, 보청기 사용 시 ‘교정’ 여부에 표기한다. 66세 이상에서는 귓속말 검사 방법을 사용하여 측정할 수 있다. ○ 검진 안내 보조 동행서비스를 제공하고, 청각장애인 또는 발달장애인을 위한 서면안내문 비치 및 시각장애인을 위한 청각안내시스템을 설치 운영한다.
<b>2. 골밀도 검사</b> ○ 양방사선골밀도검사 ○ 양방사선말단골밀도검사 ○ 정량적전산화단층골밀도검사 ○ 말단골정량적전산화단층골밀도검사 ○ 정량적초음파골밀도검사	다-334 (HC341) 다-334 (HC344) 다-334 (HC343)×82.12% 다-334 (HC346)×82.12% 다-334 (HC344)×50%	○ 일반건강검진 대상자 - 66세 중 여성	○ 양방사선골밀도검사(DEXA), 양방사선말단골밀도검사(pDEXA), 정량적전산화단층골밀도검사(QCT), 말단골정량적전산화단층골밀도검사(pQCT) 또는 정량적초음파골밀도검사(QUS) 방법을 사용하여 측정한다. - 양방사선골밀도검사는 요추에서 측정하는 것을 원칙으로 하되, 요추 측정이 불가능한 경우(요추골절, 요추수술로 보형물 삽입 등) 고관절에서 측정할 수 있다.
<b>3. 인지기능장애</b> ○ KDSQ-C 검사 및 상담	나-622 (F6221)×20%	○ 의료급여생애전환기검진 대상자 - 66세 이상(2년마다)	○ [별지 제13호 서식] 인지기능장애 평가도구(KDSQ-C)를 사용하여 작성하고, 결과 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자 설문조사로 하되, 동행한 보호자가 없을 경우 본인이 작성하는 것으로 하며, 시각 장애인 등의 경우 필요시 설문내용을 숙지한 검진 의사, 간호사 등이 설문 내용을 읽어주고 답변을 기입할 수 있다. - 다만, 본인이 인지기능장애 평가를 희망하지 않는 경우에는 작성하지 않을 수 있다. - 인지기능장애 평가 결과 6점 이상인 경우 자세한 검사와 진료가 가능한 가까운 병



검사항목	검진비용 (분류번호)	대상자	검 사 방 법
			의원(신경과, 정신건강의학과 등 전문의)으로 의뢰하거나, 치매안심센터(또는 치매상담콜센터)에서 상담을 받을 수 있도록 안내하여야 한다. ※ 점수산정기준: 아니다(0점), 가끔(조금) 그럴다(1점), 자주(많이) 그럴다(2점)
4. 생활습관평가	1종(기본) 6,000원 + 1종 추가시 1,500원 추가 (총 5회 12,000원)	○ 의료급여생애전환기검진 대상자 - 70세	○ [별지 제15호부터 제15호의10까지의 서식] (담배사용, 음주, 운동, 영양, 비만)생활습관 평가도구 및 처방전을 사용하며, 결과상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다.  ※ 생활습관평가 대상 예시 - 담배사용(현재 담배사용자, 음주(고위험 음주 해당자: 저위험 음주가 아닌 사람), 운동(신체활동 부족 해당자), 영양(저체중, 비만 또는 복부비만, 빈혈, 위험음주, 운동부족, 이상지질혈증, 고혈압, 70세면서 일상기능 저하), 비만(비만, 복부비만)  ○ 비흡연자 및 비음주자의 담배사용 및 음주평가를 제외하고 운동, 영양, 비만에 한하여 검진의사가 필요하다고 판단되는 경우나 수검자가 평가를 받기를 원하는 경우 평가 및 처방을 실시할 수 있다.
5. 정신건강검사 ○ PHQ-9(우울증) 검사 및 상담	너-701 (FY751)	○ 의료급여생애전환기검진 대상자 - 70~79세(1회)	○ [별지 제14호 서식] 정신건강검사 평가도구(PHQ-9)를 사용하며 자기기입식 설문조 사로 하고, 결과상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 노인이나 시각 장애인 등의 경우, 필요시 설문내용을 숙지한 검진 의사, 간호사 등이 설문내용을 읽어주고 답변을 기입할 수 있다. - 총점이 10점 이상으로 주요우울장애가 의심되거나 또는 9번 문항을 1점 이상으로 응답한 경우 가까운 병·의원(정신건강의학과 등 전문의)으로 의뢰하고, 정신건강복 지센터(또는 정신건강 위기상담전화)에서 상담을 받을 수 있도록 안내하여야 한다. ※ 점수산정기준: 전혀 아니다(0점), 여러날 동안(1점), 일주일 이상(2점), 거의 매일(3점)
6. 노인신체기능검사 ○ 낙상검사 - 하지기능 - 평형성	2,400원	○ 의료급여생애전환기검진 대상자 - 66, 70, 80세	○ 하지기능, 평형성 검사를 실시한다. - 일어나서 3m 걸은 후 다시 돌아와 앉게 하는 방법으로 측정한다. - 한발로 서게 하는 방법으로 측정한다.

※ 분류번호(코드): 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 적용(분류번호만으로 구분할 수 있는 경우에는 분류코드 생략)

※ 의료급여생애전환기검진은 「국민건강보험법」에 따른 종별가산율 및 차등수가를 적용하지 않는다. 다만, 환산지수는 병원 또는 의원 유형별 분류 점수 중 높은 단가로 적용한다.

## 영유아건강검진의 검진 시기별 검사항목, 검진비용 및 검사방법

### 1. 1차 검진(생후 14~35일<sup>주1)</sup>)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b> ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 외안부 시진 - 청각문진 ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레	- 시각이상(사시) - 청각이상  - 성장이상	가-1(AA154)×100% <sup>주2)</sup> ※ 보호자 미동의시 생식기 진찰 생략 가능하며, 이 경우에도 검진비용 전액 청구 가능	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 눈표면의 혼탁, 백색동공, 눈의 크기 이상 등 이상소견을 관찰한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다.  - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다.
<b>2. 건강교육 및 상담</b> ○ 영양 ○ 수면 ○ 안전사고 예방	- 모유수유 - 영아돌연사증후군 - 안전사고	3종 14,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 모유수유, 수면, 안전사고 예방 등에 대한 교육을 한다.

주 1. 생후 14일이 되는 날로부터 35일이 끝나는 날까지 검진이 가능(이하 차수에 대해서도 동일하게 적용한다)

2. 영유아건강검진은 종별가산율을 적용하지 않는다. 다만, 환산지수는 병원 또는 의원 유형별 분류 점수 중 높은 단가로 적용한다. (이하 차수에 대해서도 동일하게 적용한다)

## 2. 2차 검진(생후 4~6개월)

검사항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b>  ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 외안부 시진 - 청각문진  ○ 신체계측 <sup>주3)</sup> - 키 - 몸무게 - 머리둘레	- 시각이상(사시) - 청각이상  - 성장이상	가-1(AA154)×100% ※ 보호자 미동의시 생식기 진찰 생략 가능하며, 이 경우에도 검진비용 전액 청구 가능	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 눈표면의 혼탁, 백색동공, 눈의 크기 이상 등 이상소견을 관찰한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다.  - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다.
<b>2. 건강교육 및 상담</b> ○ 안전사고 예방 ○ 영양 ○ 수면 ○ 전자미디어 노출	- 안전사고 - 영양결핍(과잉) - 영아돌연사증후군 - 전자미디어 노출	4종 18,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 안전사고 예방, 영양관리, 수면, 전자미디어 노출 등에 대한 교육을 한다.

주 3. 임신기간 37주 미만으로 출생한 영유아는 생후 24개월까지는 실제 출생일 대신 출산예정일을 기준으로 산출된 조정연령에 따라 평가

### 3. 3차 검진(생후 9~12개월)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b> ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 외안부 시진 - 청각문진 ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레	- 시각이상(사시) - 청각이상 - 성장이상	가-1(AA154)×100% ※ 보호자 미동의시 생식기 진찰 생략 가능하며, 이 경우에도 검진비용 전액 청구 가능	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 눈표면의 혼탁, 백색동공, 눈의 크기 이상 등 이상소견을 관찰한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다.
<b>2. 발달평가 및 상담</b>	- 발달이상	7,920원	○ K-DST: 월령에 적합한 검사지 <sup>주4)주5)</sup> 를 가지고 보호자가 작성한 문항을 확인하여 의사가 판정하고 상담한다. ※ 이미 발달문제로 진단을 받았거나 치료중인 영유아에 대한 판정 - K-DST 결과에서 '심화평가 권고'가 나오더라도 정밀평가를 권유하지 않을 수 있다. - 단, 진단이나 치료 상에 문제가 있다고 보이는 경우와 동일 유형의 발달문제가 아닌 경우 확인을 위해 정밀평가를 권유할 수 있다. ※ 기존에 발달문제로 진단 및 치료를 받았으나 완치가 된 경우는 '② 아니요'로 답한다.
<b>3. 건강교육 및 상담</b> ○ 안전사고 예방 ○ 영양 ○ 구강 ○ 정서 및 사회성	- 안전사고 - 영양결핍(과잉) - 치아발육상태 - 사회성 발달	4종 18,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 안전사고 예방, 영양관리, 정서 및 사회성 등에 대한 교육을 한다. - 보호자에게 구강 건강교육을 실시한다. ※ 9~12개월에 시행하는 구강 건강교육은 안전사고 예방, 영양관리, 정서 및 사회성 교육과 함께 영유아 건강검진기관에서 시행한다.

주 4. 검사 월령 계산하기 예시

4	30
검 사 일:	2023년 5월 15일
출생(예정)일:	2021년 4월 19일
연령:	2년 0월 26일
월령:	24개월 26일 ⇒ 세트 11(24-26개월용)

주 5. 임신기간 37주 미만 조산아의 경우 생후 24개월까지 실제 출생일 대신 출산 예정일을 기준으로 산출된 조정연령을 계산하여 질문지 사용

#### 4. 4차 검진(생후 18~24개월, 구강검진은 18~29개월)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b> ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 외안부 시진 - 청각문진  ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레	- 시각이상(사시) - 청각이상  - 성장이상	가-1(AA154)×100%	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 눈표면의 혼탁, 백색동공, 눈의 크기 이상 등 이상소견을 관찰한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다.  - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다.
<b>2. 발달평가 및 상담</b>	- 발달이상	7,920원	○ K-DST: 월령에 적합한 검사지 <sup>주4)주5)</sup> 를 가지고 보호자가 작성한 문항을 확인하여 의사가 판정하고 상담한다.  ※ 이미 발달문제로 진단을 받았거나 치료중인 영유아에 대한 판정 - K-DST 결과에서 ‘심화평가 권고’가 나오더라도 정밀평가를 권유하지 않을 수 있다. - 단, 진단이나 치료 상에 문제가 있다고 보이는 경우와 동일 유형의 발달문제가 아닌 경우 확인을 위해 정밀평가를 권유할 수 있다.  ※ 기존에 발달문제로 진단 및 치료를 받았으나 완치가 된 경우는 ‘② 아니요’로 답한다.
<b>3. 건강교육 및 상담</b> ○ 안전사고 예방 ○ 영양 ○ 대소변 가리기 ○ 전자미디어 노출 ○ 개인위생 ○ 정서 및 사회성	- 안전사고 - 영양결핍(과잉) - 대소변 가리기 - 전자미디어 노출 - 개인위생 - 사회성 발달	6종 26,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 안전사고 예방, 영양관리, 대소변 가리기, 전자미디어 노출, 개인위생, 정서 및 사회성 등에 대한 교육을 한다.
<b>4. 구강검진</b> ○ 진찰 및 상담	- 치아우식증	가-1(AA100)	○ 진찰 및 상담은 치과의사가 직접 실시하여야 한다. <신설, 2015. 1. 27.> - 보호자가 작성한 문진표의 구강건강 관련 습관, 구강증상 등에 대한 상담을 한다.

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 치아검사</li> <li>○ 기타 검사 및 문진</li> <li>○ 구강보건교육(보호자 및 유아)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치아검사는 우식(충치) 치아, 우식(충치) 의심치아, 우식발생위험치아, 수복치아, 미맹출치아에 대해 육안으로 검사하고, 이상 치아 유무를 기재한다.</li> <li>○ 기타 부위 검사와 구강위생검사를 한다.</li> <li>- 기타 부위 검사소견이 있는 경우에 기술하고, 육안으로 보이는 음식잔사와 치면세균막이 있으면 이의 상태를 기록한다.</li> <li>- 수검자의 검진 결과와 치아 우식 위험도 결과에 따라 필요한 구강보건교육을 보호자에게 실시하고, 환자 상태에 따라 사후관리 권고와 상담을 한다.</li> </ul>

## 5. 5차검진(생후 30~36개월, 구강검진은 30~41개월)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b>  ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 외안부 시진 - 청각문진  ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레  - 체질량지수	- 시각이상(사시) - 청각이상  - 성장이상  - 비만	가-1(AA154)×100%	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 눈표면의 혼탁, 백색동공, 눈의 크기 이상 등 이상소견을 관찰한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다.  - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗 부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다. - 체질량지수(BMI)로 보고한다.
<b>2. 발달평가 및 상담</b>	- 발달이상	7,920원	○ K-DST: 월령에 적합한 검사지를 가지고 보호자가 작성한 문항을 확인하여 의사가 판정하고 상담한다.  ※ 이미 발달문제로 진단을 받았거나 치료중인 영유아에 대한 판정 - K-DST 결과에서 '심화평가 권고'가 나오더라도 정밀평가를 권유하지 않을 수 있다. - 단, 진단이나 치료 상에 문제가 있다고 보이는 경우와 동일 유형의 발달문제가 아닌 경우 확인을 위해 정밀평가를 권유할 수 있다.  ※ 기존에 발달문제로 진단 및 치료를 받았으나 완치가 된 경우는 '㉔ 아니요'로 답한다.
<b>3. 건강교육 및 상담</b>  ○ 영양 ○ 대소변 가리기 ○ 정서 및 사회성 ○ 취학 전 준비	- 영양결핍(과잉) - 대소변 가리기 - 사회성 발달 - 취학 전 준비 (누리과정)	4종 18,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 영양관리, 대소변 가리기, 정서 및 사회성, 취학 전 준비(누리과정) 등에 대한 교육을 한다.

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>4. 구강검진</b> ○ 진찰 및 상담 ○ 치아검사 ○ 기타 검사 및 문진 ○ 구강보건교육(보호자 및 유아)	- 치아우식증	가-1(AA100)	○ 진찰 및 상담은 치과의사가 직접 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 구강건강관련습관, 구강증상 등에 대한 상담을 한다. - 치아검사는 우식(충치) 치아, 우식(충치) 의심치아, 우식발생위험치아, 수복치아, 미맹출치아에 대해 육안으로 검사하고, 이상 치아 유무를 기재한다. ○ 기타 부위 검사와 구강위생검사를 한다. - 기타 부위 검사소견이 있는 경우에 기술하고, 육안으로 보이는 음식잔사와 치면세균막이 있으면 이의 상태를 기록한다. - 수검자의 검진 결과와 치아 우식 위험도 결과에 따라 필요한 구강보건교육을 보호자에게 실시하고, 환자 상태에 따라 사후관리 권고와 상담을 한다.



## 6. 6차 검진(생후 42~48개월, 구강검진은 42~53개월)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b>  ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 청각문진 - 귓속말 검사  ○ 시력검사      ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레  - 체질량지수	- 청각이상   - 굴절이상(약시)     - 성장이상   - 비만	가-1(AA154)×100%	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 보호자가 작성한 청각문진표 및 귓속말 검사 결과와 관련하여 상담을 한다.  - 시력은 의료기기로 등록된 시력표(영상시력측정기 포함)를 사용하여 측정하며, 한쪽 눈을 가리고 각각 따로 측정한다. 단, 각각 측정이 불가능할 경우에 한하여 양안으로 측정한다.  ※ 숫자시력표 우선시행 시력표상 그 줄의 시표 수의 50% 이상을 읽을 수 있는 가장 낮은 줄의 시력으로 표기한다. 시력표의 종류에 따라 시력표 기법이 다를 수 있으나 시력표에 적힌 대로 보고한다. 안경을 착용한 경우 착용상태에서 검사하고 그 시력을 ‘안경’이라고 병기하여 표기한다.  - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다. - 체질량지수(BMI)로 보고한다.
<b>2. 발달평가 및 상담</b>	- 발달이상	7,920원	○ K-DST: 월령에 적합한 검사지를 가지고 보호자가 작성한 문항을 확인하여 의사가 판정하고 상담한다.  ※ 이미 발달문제로 진단을 받았거나 치료중인 영유아에 대한 판정 - K-DST 결과에서 ‘심화평가 권고’가 나오더라도 정밀평가를 권유하지 않을 수 있다. - 단, 진단이나 치료 상에 문제가 있다고 보이는 경우와 동일 유형의 발달문제가 아닌 경우 확인을 위해 정밀평가를 권유할 수 있다.  ※ 기존에 발달문제로 진단 및 치료를 받았으나 완치가 된 경우는 ‘② 아니요’로 답한다.

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>3. 건강교육 및 상담</b>  ○ 안전사고 예방 ○ 영양 ○ 정서 및 사회성	- 안전사고 - 영양결핍(과잉) - 사회성 발달	3종 14,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 안전사고 예방, 영양관리, 정서 및 사회성 등에 대한 교육을 한다.
<b>4. 구강검진</b>  ○ 진찰 및 상담  ○ 치아검사  ○ 기타 검사 및 문진  ○ 구강보건교육(보호자 및 유아)	- 치아우식증	가-1(AA100)	○ 진찰 및 상담은 치과의사가 직접 실시하여야 한다. <신설, 2015. 1. 27.> - 보호자가 작성한 문진표의 구강건강관련습관, 구강증상 등에 대한 상담을 한다.  - 치아검사는 우식(충치) 치아, 우식(충치) 의심치아, 우식발생위험치아, 수복치아, 미맹출치아에 대해 육안으로 검사하고, 이상 치아 유무를 기재한다.  ○ 기타 부위 검사와 구강위생검사를 한다. - 기타 부위 검사소견이 있는 경우에 기술하고, 육안으로 보이는 음식잔사와 치면세균막이 있으면 이의 상태를 기록한다.  - 수검자의 검진 결과와 치아 우식 위험도 결과에 따라 필요한 구강보건교육을 보호자에게 실시하고, 환자 상태에 따라 사후관리 권고와 상담을 한다.

## 7. 7차 검진(생후 54~60개월, 구강검진은 54~65개월)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b> ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 청각문진 ○ 시력검사  ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레  - 체질량지수	- 청각이상  - 굴절이상(약시)    - 성장이상    - 비만	가-1(AA154)×100%	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다.  - 시력은 의료기기로 등록된 시력표(영상시력측정기 포함)를 사용하여 측정하며, 한쪽 눈을 가리고 각각 따로 측정한다. 단, 각각 측정이 불가능할 경우에 한하여 양안으로 측정하고 표기한다.  ※ 숫자시력표 우선시행 시력표상 그 줄의 시표 수의 50% 이상을 읽을 수 있는 가장 낮은 줄의 시력으로 표기한다. 시력표의 종류에 따라 시력표 기법이 다를 수 있으나 시력표에 적힌 대로 보고한다. 안경을 착용한 경우 착용상태에서 검사하고 그 시력을 ‘안경’이라고 병기하여 표기한다.  ※ 정밀평가필요 판정기준 시력표에 따라 0.63 또는 0.6시력을 기준으로 판정한다.  - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다. - 체질량지수(BMI)로 보고한다.
<b>2. 발달평가 및 상담</b>	- 발달이상	7,920원	○ K-DST: 월령에 적합한 검사지를 가지고 보호자가 작성한 문항을 확인하여 의사가 판정하고 상담한다.  ※ 이미 발달문제로 진단을 받았거나 치료중인 영유아에 대한 판정 - K-DST 결과에서 ‘심화평가 권고’가 나오더라도 정밀평가를 권유하지 않을 수 있다. - 단, 진단이나 치료 상에 문제가 있다고 보이는 경우와 동일 유형의 발달문제가 아닌 경우 확인을 위해 정밀평가를 권유할 수 있다.  ※ 기존에 발달문제로 진단 및 치료를 받았으나 완치가 된 경우는 ‘② 아니요’로 답한다.

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>3. 건강교육 및 상담</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 안전사고 예방</li> <li>○ 영양</li> <li>○ 전자미디어 노출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 안전사고</li> <li>- 영양결핍(과잉)</li> <li>- 전자미디어 노출</li> </ul>	3종 14,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다.</li> <li>- 보호자가 작성한 문진표의 안전사고 예방, 영양관리, 전자미디어 노출 등에 대한 교육을 한다.</li> </ul>
<b>4. 구강검진</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 진찰 및 상담</li> <li>○ 치아검사</li> <li>○ 기타 검사 및 문진</li> <li>○ 구강보건교육(보호자 및 유아)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치아우식증</li> </ul>	가-1(AA100)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 진찰 및 상담은 치과의사가 직접 실시하여야 한다.</li> <li>- 보호자가 작성한 문진표의 구강건강 관련 습관, 구강증상 등에 대한 상담을 한다.</li> <li>- 치아검사는 우식(충치) 치아, 우식(충치) 의심치아, 우식발생위험치아, 수복치아, 미맹출치아에 대해 육안으로 검사하고, 이상 치아 유무를 기재한다.</li> <li>○ 기타 부위 검사와 구강위생검사를 한다.</li> <li>- 기타 부위 검사소견이 있는 경우에 기술하고, 육안으로 보이는 음식잔사와 치면세균막이 있으면 이의 상태를 기록한다.</li> <li>- 수검자의 검진 결과와 치아 우식 위험도 결과에 따라 필요한 구강보건교육을 보호자에게 실시하고, 환자 상태에 따라 사후관리 권고와 상담을 한다.</li> </ul>

## 8. 8차 검진(생후 66~71개월)

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>1. 영유아건강검진 상담 및 행정비용</b> ○ 문진 및 진찰 - 시각문진 - 청각문진 - 예방접종 확인 ○ 시력검사 ○ 신체계측 - 키 - 몸무게 - 머리둘레 - 체질량지수	- 청각이상 - 굴절이상(약시) - 성장이상 - 비만	가-1(AA154)×100%	○ 진찰 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 시각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 보호자가 작성한 청각문진표와 관련하여 상담을 한다. - 보호자가 작성한 예방접종 결과를 확인하고 상담한다. - 시력은 의료기기로서 등록된 시력표(영상시력측정기 포함)를 사용하여 측정하며, 한쪽 눈을 가리고 각각 따로 측정한다. 단, 각각 측정이 불가능할 경우에 한하여 양안으로 측정하고 표기한다. ※ 숫자시력표 우선시행 시력표상 그 줄의 시표 수의 50% 이상을 읽을 수 있는 가장 낮은 줄의 시력으로 표기한다. 시력표의 종류에 따라 시력표 기법이 다를 수 있으나 시력표에 적힌 대로 보고한다. 안경을 착용한 경우 착용상태에서 검사하고 그 시력을 ‘안경’이라고 병기하여 표기한다. ※ 정밀평가필요 판정기준 시력표에 따라 0.63 또는 0.6시력을 기준으로 판정한다. - 신장계: 0.1cm 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 체중계: 100g 단위까지 측정이 가능한 기계를 사용한다. - 머리둘레는 줄자를 이용하여 귀의 위쪽에서 이마의 눈이 움푹 들어간 부위의 바로 윗부분으로 줄자를 수평이 되도록 돌려서 머리카락을 가볍게 누른 상태로 0.1cm까지 측정한다. - 체질량지수(BMI)로 보고한다.
<b>2. 발달평가 및 상담</b>	- 발달이상	7,920원	○ K-DST: 월령에 적합한 검사지를 가지고 보호자가 작성한 문항을 확인하여 의사가 판정하고 상담한다. ※ 이미 발달문제로 진단을 받았거나 치료중인 영유아에 대한 판정 - K-DST 결과에서 ‘심화평가 권고’가 나오더라도 정밀평가를 권유하지 않을 수 있다. - 단, 진단이나 치료 상에 문제가 있다고 보이는 경우와 동일 유형의 발달문제가 아닌 경우 확인을 위해 정밀평가를 권유할 수 있다. ※ 기존에 발달문제로 진단 및 치료를 받았으나 완치가 된 경우는 ‘㉔ 아니요’로 답한다.

검진항목	목표질환	분류번호(코드)	검 사 방 법
<b>3. 건강교육 및 상담</b>  ○ 안전사고예방 ○ 영양 ○ 취학 전 준비	- 안전사고 - 영양결핍(과잉) - 취학 전 준비	3종 14,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)	○ 건강교육 및 상담은 반드시 의사가 실시하여야 한다. - 보호자가 작성한 문진표의 안전사고 예방, 영양관리, 취학 전 준비에 대한 교육을 한다.

※ 영유아 가산금: 만1세 미만의 소아 및 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대해서는 영유아건강검진 상담 및 행정비용에 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따른 가산점수를 더한 비용을 적용한다.

일반건강검진 및 의료급여생애전환기검진 결과 판정기준

판 정 구 분		판 정 기 준
정상A		일반건강검진 및 의료급여생애전환기검진 결과 건강이 양호한 자
정상B(경계)		일반건강검진 및 의료급여생애전환기검진 결과 건강에 이상이 없으나 식생활습관, 환경개선 등 자가관리 및 예방조치가 필요한 자
일반 질환의심		일반건강검진 및 의료급여생애전환기검진 결과 질환으로 발전할 가능성이 있어 추적검사나 전문 의료기관을 통한 정확한 진단과 치료가 필요한 자
고혈압·당뇨병 이상지질혈증 질환의심		일반건강검진 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증이 의심되어 진료와 검사 등이 필요한 자
유질환자		고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 폐결핵, 우울증, 조기정신증, C형간염으로 판정받거나 현재 약물 치료를 받고 있는 자
구강	양호	· 치과병력, 구강건강습관 문제 등 이상 소견이 없고, 수복치아, 치료가 필요한 우식 치아가 없는 경우
	주의	· 구강검사결과 수복치아가 있거나 기타 이상소견에서 구강악 습관 등 주의가 필요한 소견이 있는 경우 · 치면세균막검사(40세) 결과 ‘보통’으로 판정받은 경우 · 문진 평가 결과 각 항목에 1개 이상의 이상 소견을 보여, ‘생활습관 위험도’에 ‘주의’ 혹은 ‘위험’으로 표시된 경우
	질환의심	· 우식 의심치아가 있거나 치은염이나 치석이 ‘경증’으로 존재 하는 경우 · 치면세균막검사(40세) 결과 ‘개선요망’으로 판정받은 경우
	치료필요	· 명확한 우식치아가 있어서 당장 치료가 필요한 경우 · 치주질환(잇몸병)에서 치석이 중증 이상 있거나 치주낭이 존재 하는 경우

검사항목별 판정기준

목표질환	검사항목	단위	검사 결과		
			정상A	정상B(경계)	질환의심
○ 폐결핵 및 기타흉부질환	○ 흉부방사선촬영	-	정 상	비활동성 폐결핵	정상 및 비활동성 폐결핵 이외의 자 (사진불량, 미촬영 등은 제외)
○ 고혈압	○ 혈압 - 수축기 - 이완기	mmHg	120 미만 이며 80 미만	120-139 또는 80- 89	140 이상 또는 90 이상
○ 비 만	○ 키, 몸무게	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	18.5-24.9	25-29.9 18.5미만	30이상
	○ 허리둘레	cm	남 90 미만 여 85 미만		남 90 이상 여 85 이상
○ 빈 혈	○ 혈색소 - 남	g/dL	13.0-16.5	12.0-12.9	12.0 미만
	- 여		12.0-15.5	10.0-11.9	10.0 미만
○ 당뇨병	○ 공복 혈당	mg/dL	100 미만	100-125	126 이상
○ 이상지질혈증  ※ 당뇨병 동반한 경우 저밀도 C < 100* * 의사 판단시 수정 가능	○ 총콜레스테롤	mg/dL	200 미만	200-239	240 이상
	○ 고밀도(HDL) 콜레스테롤	mg/dL	60 이상	40-59	40 미만
	○ 중성지방	mg/dL	150 미만	150-199	200 이상
	○ 저밀도(LDL) 콜레스테롤	mg/dL	130 미만	130-159	160 이상
○ 간장질환	○ 에이에스티 (AST(SGOT))	U/L	40 이하	41 - 50	51 이상
	○ 에이엘티 (ALT(SGPT))	U/L	35 이하	36 - 45	46 이상
	○ 감마지티피(γ-GTP) - 남 - 여	U/L	11 - 63 8 - 35	64 - 77 36 - 45	78 이상 46 이상
○ 신장질환	○ 요단백		음성(-)	약양성(±)	양성(+1) 이상
	○ 혈청크레아티닌	mg/dL	1.5 이하		1.5 초과
	○ 신사구체여과율 (e-GFR)	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	60 이상		60 미만



목표질환	검사항목	단위	검사 결과		
			정상A	정상B(경계)	질환의심
◦ 골다공증	◦ 양방사선골밀도검사	측정값	T-score -1 이상	-1 ~ -2.5 초과	-2.5 이하
	◦ 양방사선말단골밀도검사				
	◦ 정량적초음파골밀도검사				
	◦ 정량적전산화단층골밀도검사	mg/cm <sup>3</sup>	120 초과	80 ~ 120	80 미만
	◦ 말단골정량적전산화단층골밀도검사				
◦ 노인신체 기능검사	◦ 하지기능	초	10초 이내	11-19초	20초 이상
	◦ 평형성(눈감은 상태)	초	15초 이상	6-14초	5초 이내
	◦ 평형성(눈 뜬 상태)	초	20초 이상	10-19초	9초 이내

목표질환	검사항목	단위	검사 결과			
			우울증상이 없음	가벼운 우울증상	중간정도 우울증 의심	심한 우울증 의심
◦ 우울증	◦ PHQ-9	점수	0~4	5~9	10~19	20~27

목표질환	검사항목	단위	검사 결과	
			특이소견 없음	전문의 진단 필요
◦ 조기정신증	◦ CAPE-15	점수	빈도 총점 및 고통 총점이 0~5	빈도 총점 또는 고통 총점이 6~45

목표질환	검사항목	단위	검사 결과	
			특이소견 없음	인지기능 저하 의심
◦ 인지기능장애	◦ KDSQ-C	점수	0~5	6~30

검사항목		단위	검사 결과	
			정상(통과)	질환의심(의뢰)
◦ 청력	◦ 귓속말 검사 (66세 이상)	개수	양쪽 귀 모두 각각 불러준 6개 숫자 중 3개 이상을 정확히 따라할 경우 청력을 정상으로 판정	한쪽 귀라도 6개 숫자 중 3개 미만을 맞출 경우 난청의 가능성이 있으므로 정밀검사를 의뢰
	◦ 순음청력검사	dB	40dB 미만	40dB 이상

검사항목		검사 결과			
		양호	주의	질환의심	치료 필요
○ 치아우식증	○ 우식치아	없음	-	-	있음
	○ 우식의심치아	없음	-	있음	-
	○ 수복치아	없음	있음	-	-
	○ 상실치아	없음	-	-	있음
○ 치주질환	○ 치은염증	없음	-	경증	중증
	○ 치석	없음	-	경증	중증
	○ 치면세균막검사	우수 (1점 미만)	보통 (1~3점 미만)	개선요망 (3점 이상)	-

## 영유아건강검진 결과 판정기준

구분	양호	주의	정밀평가필요	지속관리필요	조치사항
종합 판정	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강검진 결과 건강이 양호한 영유아</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강검진 시 이상 소견은 없으나 건강 이상이 발 생활 요인이 있는 식 습관 생활환경 등이 있어 다음 연령 검사에서 유의하여 보아야 할 필요가 있다고 판단되는 영유아</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강검진 결과, 혹은 추적검사 결과 질환이 의심되어 정밀평가를 요하는 영유아</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>발달 문제로 의료기관에서 이미 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있다고 답한 영유아</li> <li>난청이 의심되거나 난청으로 진단받아 정기 진료 또는 정밀 청력검사를 시행 받 았다고 답한 영유아</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>양호</li> <li>- 다음 검진까지 관찰</li> <li>주의</li> <li>- 위험질환에 대한 교육</li> <li>정밀평가 필요/지속관 리필요</li> <li>- 해당 검진항목의 조 치사항에 따름</li> </ul>
시각	<ul style="list-style-type: none"> <li>각 시기별 문진표와 진찰에서 이상소견의 항목이 하나도 없는 경우</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>각 시기별 문진표와 진찰에서 이상소견의 항목이 1개 이상인 경우</li> <li>42-48개월: 시력검사 시 한 눈 또는 두 눈의 시력이 0.5미만인 경우</li> <li>54-60개월 66-71개월 시력검사 시 한 눈 또는 두 눈의 시력이 0.6/0.63 미만인 경우</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>정밀평가필요</li> <li>- 위험질환 설명 후 안과의뢰</li> </ul>
청각	<ul style="list-style-type: none"> <li>각 시기별 문진표와 진찰에서 이상소견의 항목이 하나도 없는 경우</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>각 시기별 문진표와 진찰에서 이상소견의 항목이 1개 이상인 경우</li> <li>K-DST의 '언어'영역에서 '가' 또는 '나' 판정을 받은 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>난청이 의심되거나 난 청으로 진단받아 정기 진료 또는 정밀청력 검사를 시행 받았다고 답한 영유아</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>양호</li> <li>- 다음 검진까지 관찰</li> <li>정밀평가필요</li> <li>- 청력저하(난청)이 발생할 수 있음을 설명 후 청성뇌간반응 역치 검 사 (auditory brainstem response threshold test)가 가 능한 이비인후과로 의뢰 (42개월부터는 판단능 력이 있으므로 순음 청력검사(Pure Tone Audiometry)를 우선 시행)</li> <li>지속관리필요</li> <li>- 다음 검진까지 관찰하며 난청에 대하여 평가를 받았던 기관에서 정기 적인 청각검진을 받도록 권고</li> </ul>
성장	<ul style="list-style-type: none"> <li>신체계측 (5P 이상 ~ 95P 미만)</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>신체계측</li> <li>- 5P 미만, 95P 이상</li> <li>- 성장 도표에서 정상 이었던 어린이가 다음 검진시기에 한두 급간 (one or two major percentiles)의 변화가 있는 경우</li> <li>* 단, 1차 검진(14일~35일) 시에는 신체계측을 각 각 판정하지 않고 검진 의사가 출생시 신체계측 치 등을 종합적으로 고 려하여 종합판정란에 결 과를 기재하며, 미숙아 로 출생한 경우 생후 24 개월까지 교정 연령을 고려하여 판단함</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>정밀평가필요</li> <li>- 소아청소년과에 의뢰 하여 추적관찰 반복 평가, 중재 후 이상 시 3차 의료기관 의뢰</li> </ul>

구분	양호		주의	정밀평가필요	지속관리필요	조치사항
	빠른수준	또래수준	추적검사 요망	심화평가 권고		
발달	<ul style="list-style-type: none"> <li>발달선별검사 결과 각 영역별 발달 수준이 빠른 편일 가능성이 높은 영유아</li> <li>각 영역별 총점이 월령집단 내에서 1표준편차 이상 (상위 16백분위수 이내)일 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>발달선별검사 결과 '또래수준'에 해당하며 정상발달하고 있을 가능성이 높은 영유아</li> <li>각 영역별 총점이 월령집단 내에서 <math>\pm 1</math> 표준편차 (16백분위수에서 84백분위수)에 해당할 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>발달선별검사 결과 해당영역의 발달 기술을 충분히 습득하지 못하고 있을 가능성이 있는 영유아</li> <li>각 영역별 총점이 월령집단 내에서 -1 표준편차 미만, -2표준편차 이상 (하위 23백분위수에서 15.9백분위수)으로 나타날 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>발달선별검사 결과 발달지연이 의심되므로 심화평가가 필요한 영유아</li> <li>각 영역별 총점이 월령집단 내에서 -2표준편차 미만 (하위 23백분위수 미만)일 경우</li> <li>추가질문에 한 개 이상 '예' 라고 응답한 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>발달 문제로 의료기관에서 이미 진단을 받았거나, 치료 중인 질환이 있다고 답한 영유아</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정밀평가 필요 <ul style="list-style-type: none"> <li>발달 관련 진료가 가능한 소아신경과, 소아재활의학과, 또는 소아정신건강의학과로 의뢰하여 적절한 개입 및 치료를 받으면서 주기적으로 추적관찰 받도록 설명</li> </ul> </li> <li>지속관리 필요 <ul style="list-style-type: none"> <li>신경발달질환으로 이미 진단 받은 영유아는 치료 및 개입을 적절히 받고 있는지 확인 후 지속적으로 관리를 받도록 독려</li> </ul> </li> </ul>

구분	양호	주의	추가검사필요
구강	<ul style="list-style-type: none"> <li>치과병력, 구강건강습관 문제 등 이상 소견이 없고, 수복치아(치료 받은 치아), 치료가 필요한 우식 발생 위험치아가 없는 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>구강검사결과 현재 치료가 필요한 우식치아는 없으나, 불소도포 등의 예방이 필요하고, 현재 맹출 중인 치아가 있는 경우</li> <li>전체 치아의 1/3을 초과하여 치면세균막이 관찰되는 경우</li> <li>우식 발생위험 치아가 있는 경우</li> <li>문진 평가 결과 각 항목에 1개 이상의 이상 소견을 보여 치아우식 위험도 건강신호등에 '주의'나 '위험'으로 표시한 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>우식 의심 치아, 명확한 우식 치아가 있는 경우</li> <li>미맹출치아가 있다고 판정된 경우</li> </ul>

## 검진비용 정산 기준

구 분	정 산 기 준	삭 감 액
가. 일부항목 미실시	○ 검사항목 중 일부항목을 미실시한 경우 - 흉부방사선 촬영결과 사진 불량인 경우 포함	해당항목 검진비용
	○ 문진표 미첨부 또는 문진 문항 미 입력한 경우 ○ 종합판정을 입력하지 않은 경우	상담 및 행정비용 "
나. 기준항목 미달실시	○ 1~2항목만 실시하여 도저히 건강검진을 실시한 것으로 볼 수 없는 경우	해당 수검자 검진비용
다. 비대상자 검진실시	○ B형간염 또는 C형간염 비대상자에게 간염검사 실시	해당항목 검진비용
	○ 일반건강검진, 의료급여생애전환기검진 항목 중 생활 습관평가 및 처방, 정신건강검사 등을 비대상자에게 실시한 경우	"
	○ 기타 비대상자에게 검사를 실시한 경우	"
	○ 검진 실시기간(가능기간)을 경과하여 검진을 실시한 경우	해당 수검자 검진비용
라. 교육 미이수 의사 검진실시	○ 해당 검진주기 대상자가 아닌 자에게 검진을 실시한 경우	"
	○ 영유아건강검진 의사교육을 이수하지 않은 의사가 영유아 검진을 실시한 경우	해당 수검자 검진비용
	○ 일반건강검진 의사교육을 이수하지 않은 의사가 일반 건강검진, 의료급여생애전환기검진을 실시한 경우	해당항목 검진비용
마. 기타	○ 구강검진 의사교육을 이수하지 않은 치과 의사가 구강검진을 실시한 경우	해당 수검자 검진비용
	○ Full PACS 청구 조건에는 부합하지만, 일부 영상 판독을 외부 영상의학과 전문의에게 위탁하는 경우	해당항목 검사비용의 차액

## 검진비용 환수 기준

구 분	위 반 행 위	환 수 금 액
가. 일부항목 미실시	○ 검사항목 중 일부항목을 실시하지 않은 경우 - 흉부방사선 촬영결과 사진 불량인 경우 포함	해당항목 검진비용
나. 기준항목 미달실시	○ 1~2항목만 실시하여 도저히 건강검진을 실시한 것으로 볼 수 없는 경우	해당 수검자 검진비용
다. 교육 미이수 의사 검진실시	○ 영유아건강검진 의사교육을 이수하지 않은 의사가 영유아 검진을 실시한 경우 ○ 일반건강검진 의사교육을 이수하지 않은 의사가 일반 건강검진, 의료급여생애전환기검진을 실시한 경우 ○ 구강검진 의사교육을 이수하지 않은 치과 의사가 구강검진을 실시한 경우	해당 수검자 검진비용  해당항목 검진비용  해당 수검자 검진비용
라. 검사방법 미준수	○ 흉부방사선 촬영을 해당과 전문의가 판독하지 않은 경우	해당항목 검진비용의 1/2
마. 기타	○ 의사가 해외체류기간 중 검진을 실시하고, 판정한 경우 ○ 입력 착오, 이중 청구 등 검진비 청구과정에서 오류가 발생한 경우 ○ 출장검진 시 원심분리기를 미 구비한 경우 ○ 검사 미필 장비(방사선)를 사용하여 검사를 실시한 경우	해당 수검자 검진비용 해당항목 차액비용  해당항목 검진비용 "

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

## 국가건강검진의 검체검사 위탁에 관한 관리 기준

1. 이 기준은 「건강검진기본법」 제3조제2호 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 지정받은 검진기관이 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사(이하 “검체검사”라 한다)를 검체검사가 가능한 다른 검진기관 또는 검사기관(이하 “수탁기관”이라 한다)에 검체검사를 위탁할 경우에 필요한 관리 기준을 정함을 목적으로 한다.

### 2. 검체검사 위탁에 관한 관리 기준

구분	관리 기준	비고						
가. 수탁기관의 인력 등 기준	○ 보건복지부 고시 「건강보험요양급여비용의 내역」의 부록인 “검체검사 위탁에 관한 기준” 중 “인력기준”을 따름							
나. 검체검사의 위탁범위	○ 혈색소, 공복혈당, 총콜레스테롤, 고밀도(HDL) 콜레스테롤, 중성지방, 저밀도(LDL) 콜레스테롤(중성지방 400mg/dL 이상일 경우 실측정), 에이에스티(AST(SGOT)), 에이엘티(ALT(SGPT)), 감마지티피(γ-GTP), 혈청 크레아티닌 검사 ○ 간질환검사 중 B형간염 표면항원, B형간염 표면항체, C형간염 항체 검사 ○ 위암검사 중 병리조직검사 ○ 간암검사 중 혈청알파태아단백검사 ○ 대장암검사 중 분변잠혈검사 및 병리조직검사 ○ 자궁경부암검사 중 자궁경부세포검사 ○ 그 외 검체검사 위탁범위는 「건강보험요양급여비용의 내역」의 부록인 “검체검사 위탁에 관한 기준” 중 “검체검사 위탁에 관한 기준”을 따름							
다. 검체채취 및 보관	<div>○ 혈청은 혈액 채취 후 2시간 이내에 원심 분리하여(Gel Tube를 사용하지 않은 경우에는 혈구와 혈청을 분리하여 옮겨야 함) 검사 전까지 냉장 보관하여야 하며, 검체 채취 후 24시간 이내 검사되어야 함</div> <div>- 단, 다음의 검사 항목은 검사 채취 후 적절한 검체 처리(검사항목, 혈청 분리 절차 등) 및 보관에 대한 규정이 진단의학검사실 운영 관련 지침(면역혈청분야, 임상화학분야 등)에 있고, 이를 준수하는 경우 예외를 인정한다.</div> <table><thead><tr><th>검사항목</th><th>검체 보관</th></tr></thead><tbody><tr><td>B형간염 표면 항원, B형간염 표면 항체, C형간염항체, 혈청알파태아단백</td><td>○-20℃ 이하 냉동 보관할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 10일 ○2~8℃ 냉장 보관할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 5일</td></tr><tr><td>저밀도(LDL) 콜레스테롤(실측정 시)</td><td>○4℃ 이하 냉장 보관 할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 7일</td></tr></tbody></table> <div>○ 대변은 5g정도를 채취하여 냉장 보관하여야 하고 채취 후 24시간 이내 검사되어야 함</div> <div>○ 분변잠혈검사는 전용 완충액이 담긴 용기에 채취되어 냉장 보관되어야 함</div> <div>○ 병리조직검사인 경우 검체 양의 10배 양에 해당하는 10% 중성 포르말린이 있는 용기에 담고 밀폐한 검체를 의뢰하여야 함</div> <div>○ 세포병리검사인 경우 검체를 도말한 후 즉시 95% 에틸알코올 용기에 담거나 분무형 고정액을 뿌려 고정하여 검체를 의뢰하여야 함</div> <div>○ 위에 따라 실시된 검사 중 재검사가 필요한 경우에는 해당 검진기관이 확인하여 재검사를 실시하여야 함</div> <div>○ 검체를 보관하는 냉장고는 온도 허용 범위가 정해져 있어야 함</div> <div>○ 각 검체별 검사가 완료된 후에는 「폐기물관리법 시행규칙」 제14조에 따라</div>	검사항목	검체 보관	B형간염 표면 항원, B형간염 표면 항체, C형간염항체, 혈청알파태아단백	○-20℃ 이하 냉동 보관할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 10일 ○2~8℃ 냉장 보관할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 5일	저밀도(LDL) 콜레스테롤(실측정 시)	○4℃ 이하 냉장 보관 할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 7일	
검사항목	검체 보관							
B형간염 표면 항원, B형간염 표면 항체, C형간염항체, 혈청알파태아단백	○-20℃ 이하 냉동 보관할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 10일 ○2~8℃ 냉장 보관할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 5일							
저밀도(LDL) 콜레스테롤(실측정 시)	○4℃ 이하 냉장 보관 할 경우 분리된 혈청 보관 허용 기간: 7일							

구분	관리 기준	비고
	폐기되어야 함	
라. 검체의 이송	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 검체의 이송에 사용되는 용기는 보관 상태와 동일한 상태를 유지하여야 함</li> <li>○ 검체 이송에 대한 관리를 위해 검체 이송 용기의 온도기록지를 두고 이에 대한 내용을 기록하여야 함</li> <li>○ 검체를 이송할 때에는 보관 상태와 동일한 상태로 검체를 이송하여야 하며, 혈청검체의 경우에는 2시간 이내에 원심분리(Gel Tube를 사용하지 않은 경우에는 혈구와 혈청을 분리)를 하여야 함</li> <li>○ 검체검사를 위해 검체를 이송할 경우 24시간 이내에 검사를 완료하여야 한다. 단, 다음의 경우에는 예외를 인정함 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건복지부장관이 「국민건강보험법」에 따라 보험료 경감을 위하여 정한 섬·벽지 지역의 경우 가장 가까운 물으로 이송하는 시간은 제외</li> <li>- 간질환검사 중 B형간염 표면항원, B형간염 표면항체, C형간염 항체, 혈청 알파태아단백검사는 분리된 혈청으로 -20℃이하 냉동 보관할 경우 10일 이내, 2~8℃ 냉장 보관할 경우 5일 이내</li> <li>- 저밀도(LDL) 콜레스테롤 실측정 시에는 분리된 혈청으로 4℃ 이하 냉장 보관 할 경우 7일 이내</li> </ul> </li> <li>○ 병리검사를 위탁할 때에는 병리과에서 육안검사부터 시행할 수 있도록 검체를 바로 위탁하여야 하며 검진기관에서 미리 검체를 부분 제작 및 염색을 시행하여 슬라이드를 보내지 않아야 함</li> <li>○ 검체를 인계하는 자와 인수하는 자는 각 검체에 대해 검체번호와 수검자 번호가 일치하는지와 혈액 검체상태가 용혈, 황달, 혼탁 상태인지를 확인한 다음 상호 서명하여야 함</li> </ul>	
마. 검체검사 위탁 및 결과 통보	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 검진기관이 검체검사를 위탁하고자 할 때에는 해당 검체와 “건강검진 검체검사 의뢰서”(별지 제18호 서식)를 문서 또는 전자문서교환(EDI) 및 Web(on-line system) 등의 방법을 이용하여 수탁기관에 송부하고 그 사본을 이 기준에서 정한 바에 따라 보존함</li> <li>○ 수탁기관이 검체검사 결과를 통보하고자 할 때에는 “건강검진 검체검사 결과지”(별지 제19호 서식)를 문서 또는 전자문서교환(EDI) 또는 Web(on-line system) 등의 방법을 이용하여 검진기관에 송부하고 그 사본을 이 기준에 정한 바에 따라 보존함</li> <li>○ 검진기관에서 사용 중인 검사의뢰서 및 수탁기관에서 사용 중인 검사 결과지가 별지 제18호와 별지 제19호 서식 내용을 포함하는 경우 별지 서식을 갈음하여 사용할 수 있음</li> </ul>	
바. 검체검사와 관련한 서류의 보존	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 검체검사 및 결과와 관련된 모든 문서 또는 전자적 방식으로 처리한 자료의 보존은 검사의뢰일 및 결과 통보일로부터 5년간 보관</li> </ul>	
사. 검사비용의 산정 및 정산	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 검진기관이 검체검사를 위탁한 경우 검사비용은 「건강보험료율·급여비용의 내역」의 부록인 “검체검사 위탁에 관한 기준” 중 “검사비용” 기준을 따름</li> <li>○ 검사비용은 국민건강보험공단이 검진기관에 지급하며, 검진기관과 수탁 기관은 상호 정산</li> <li>○ 검진기관이 수탁기관에 검진비용을 정산할 때 부당한 방법을 이용하여 일반적으로 지급하는 대가보다 현저하게 낮은 수준으로 비용을 지급하거나 지급받도록 강요하여서는 안됨</li> </ul>	
아. 정도 관리 등	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 국민건강보험공단은 검진비용을 심사·지급함에 있어 필요한 경우 검진기관에 관련 자료를 제출하게 하거나 정도관리 실태 등을 확인할 수 있음</li> <li>○ 국민건강보험공단이 현지 확인을 실시하는 경우는 아래와 같음 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 검체검사 위탁을 하지 않고, 허위로 검사비용의 일부 또는 전부를 청구한 사실이 확인된 때</li> <li>- 위탁검사와 관련하여 국가건강검진 질서문란행위를 한 사실이 확인된 때</li> <li>- 업무 관련 민원, 고발 등 기타 현지 확인이 필요하다고 판단한 경우</li> </ul> </li> </ul>	



## 건강검진 문진표

※ 검진대상자는 문진문항을 빠짐없이 작성하여야만 심뇌혈관질환 위험평가 결과를 통보 받으실 수 있습니다.

수검자성명		주민등록번호		전화번호	자택 핸드폰	
주 소				E-mail		
				건강검진 결과통보서 수령방법	<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 모바일	

※ 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당되는 내용을 작성하여 주십시오.



### 질환력(과거력, 가족력)

1. 다음과 같은 질병으로 진단을 받았거나, 현재 약물 치료 중이십니까?

	진단		약물치료	
뇌졸중(중풍)	예	아니요	예	아니요
심근경색/협심증	예	아니요	예	아니요
고혈압	예	아니요	예	아니요
당뇨병	예	아니요	예	아니요
이상지질혈증	예	아니요	예	아니요
폐결핵	예	아니요	예	아니요
우울증	예	아니요	예	아니요
조기정신증	예	아니요	예	아니요
C형간염	예	아니요	예	아니요
기타(암포함)	예	아니요	예	아니요

2. 부모, 형제, 자매 중에 다음 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까?

뇌졸중(중풍)	예	아니요
심근경색/협심증	예	아니요
고혈압	예	아니요
당뇨병	예	아니요
기타(암포함)	예	아니요

3. B형간염 바이러스 보유자입니까?

- ① 예      ② 아니요      ③ 모름



### 흡연 및 전자담배

4. 지금까지 평생 총 5갑(100개비) 이상의 일반담배(궐련)를 피운 적이 있습니까?

- ① 아니요 (☞ 5번 문항으로 가세요)  
② 예 (☞ 4-1번 문항으로 가세요)

4-1. 현재 일반담배(궐련)를 피우십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	흡연했을 때 하루평균 _____개비	끊은 지 _____년

5. 지금까지 궐련형 전자담배(가열담배, 예)아이코스, 글로, 릴 등)을 사용한 적 있습니까?

- ① 아니요 (☞ 6번 문항으로 가세요)  
② 예 (☞ 5-1번 문항으로 가세요)

5-1. 현재 궐련형 전자담배(가열담배) 사용하십니까?

① 현재 피움	총 _____년	하루평균 _____개비	
② 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음	총 _____년	담배사용했을 때 하루평균 _____개비	끊은 지 _____년

6. 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요  
② 예 (☞ 6-1번 문항으로 가세요)

6-1. 최근 한 달 동안 액상형 전자담배를 사용한 경험이 있습니까?

- ① 아니요      ② 월 1-2일      ③ 월 3-9일  
④ 월 10-29일      ⑤ 매일



### 음주

※ 지난 1년간

7. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (1개만 응답)

- ① 일주일에 ( )번      ② 한 달에 ( )번  
③ 1년에 ( )번      ④ 술을 마시지 않는다.

7-1. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까?

\* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오.  
(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				

7-2. 하루 동안 가장 많이 마셨던 음주량은 어느 정도입니까?

\* 잔 또는 병 또는 캔 또는 cc 중 한 곳에만 작성해 주십시오.  
(술 종류는 복수응답 가능, 하루에 마신 총 양으로 합산, 기타 술 종류는 비슷한 술 종류에 표기)

술 종류	잔	병	캔	cc
소주				
맥주				
양주				
막걸리				
와인				



### 신체활동(운동)

8-1. 평소 1주일간, 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ( )일

\* 고강도 신체활동의 예> 달리기, 에어로빅, 빠른 속도로 자전거 타기, 건설 현장 노동, 계단으로 물건 나르기 등

8-2. 평소 하루에 숨이 많이 차게 만드는 고강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

9-1. 평소 1주일간, 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 며칠 하십니까? 주당 ( )일

\* 8번 응답에 관련된 신체활동은 제외하고 답해 주십시오.

\* 중강도 신체활동의 예> 빠르게 걷기, 복식 테니스, 보통 속도로 자전거 타기, 가벼운 물건 나르기, 청소 등

9-2. 평소 하루에 숨이 약간 차게 만드는 중강도 신체활동을 몇 시간 하십니까? 하루에 ( )시간 ( )분

10. 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등 근력 운동을 한 날은 며칠입니까? 주당 ( )일

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



# 영유아건강검진 문진표

14~35일용

보호자 성명		보호자 주민등록번호		보호자 연락처	
수검자와의 관계		수검자 성명		수검자 생년월일	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/>
E-mail(메일)주소					

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까?  
※ 남아 보호자만 작성

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일
2. 출생 시 키 : \_\_\_\_ cm 몸무게 : \_\_\_\_ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지) 머리둘레 : \_\_\_\_ cm
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요
4. 아이가 다태아로 태어났습니까? ① 예 (\_\_\_\_명 중 \_\_\_\_째) ② 아니요
5. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수

비씨지

B형 간염

## 영양 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	완전 모유 수유를 합니까?	①	②
2	밤중수유를 하면 유즙분비 호르몬이 증가하여 모유량이 증가합니다. 밤중수유를 하고 있습니까?	①	② ③
3	모유는 아이가 월할 때마다 수유를 해야 합니다. 아이가 배고픔을 표현하는 신호들(얼굴표정이나 몸짓)을 상세히 아십니까?	①	② ③
4	유선염, 유방울혈 등 유방에 문제가 생겼을 때 더 열심히 모유 수유를 해야 문제해결이 되는 것을 알고 있습니까?	①	② ③
5	완전 모유 수유 시에는 아이에게 비타민 D가 부족해질 수 있습니다. 비타민 D를 먹고 있습니까?	①	② ③
6	수유 전에 유두 부위를 소독하지 않아도 된다는 것을 알고 있습니까?	①	② ③
7	이 시기에는 노리게 젓꼭지를 사용하지 않는 것을 권하고 있습니다. 이를 알고 있습니까?	①	②
8	황달 때문에 모유 수유를 중단한 적이 있습니까?	①	② ③
9	모유 수유 중인 엄마가 과하게 영양제, 약제, 한약제, 건강기능식품 등을 섭취하면 아이에게 영향을 미칠 수 있다는 것을 알고 있습니까?	①	② ③

## 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	자동차 이동 시 단계별 카시트를 반드시 사용합니까?	①	②
2	아이를 안고 있는 상태에서 전화를 받거나, 커피를 마시거나, 가방을 들거나, 물건을 옮기거나, 떨어진 물건을 줍는 행동을 할 때는 반드시 아이를 난간이 있는 아이 침대 등에 내려놓은 후 행동해야 한다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
3	아이를 안아 달랠 때, 심하게 흔들면 좋지 않다는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이를 전기장판이나 온수매트 위에서 재운 적이 있습니까?	①	②

## 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	안구에 이상 소견이 보입니까?	①	②
2	가족 중에 눈과 관련된 유전질환(망막모세포종, 선천백내장, 선천녹내장 등)을 가진 사람이 있습니까?	①	②

## 청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	큰 소리가 났을 때 아이가 잠에서 깨거나, 놀라거나, 표정 변화 등의 반응이 있습니까?	①	②
2	신생아 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까?(미숙아인 경우 출생 예정일을 기준으로 1개월 이내)	①	②
3	신생아 청각선별검사에서 한쪽 또는 양쪽 귀에서 '재검(refer)' 판정을 받았습니까?	①	② ③

## 수면 교육

① 예 ② 아니요

1	아이를 엎드려 재우거나 옆으로 눕혀서 재웁니까?	①	②
2	아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	①	②
3	아이가 잘 때 이불은 가슴아래만 덮어주고 속싸개는 사용하지 않습니까?	①	②
4	아이 잠자리 주변에 인형이나 쿠션을 두거나, 범퍼침대나 폭신한 요, 카시트나 역류방지쿠션에서 아이를 재웁니까?	①	②
5	신생아는 밤낮 구분 없이 자고 깹니다. 아이의 수면 리듬에 맞추어 수유하는 것이 모유 수유를 촉진한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
6	모유 수유가 영유아돌연사 증후군을 예방한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
7	아이를 재우기 전에 목욕, 마사지, 자장가, 책 읽기 등의 규칙적인 행동을 합니까?	①	②
8	함께 거주하는 가족이나 아이가 자주 접촉하는 사람 중에 담배 사용자가 있습니까?	①	②

## 신생아기 관련

① 예 ② 아니요 ③ 모름

1	신생아 선천성 대사이상 검사를 받았습니까?	①	②	③
2	신생아 선천성 대사이상 검사에서 결과가 정상(음성 또는 이상 없음) 판정을 받았습니까?	①	②	③
3	출생 후 아이가 산후조리원에서 지낸 적이 있습니까?	①	②	
4	모자 동실(엄마와 아이가 같은 방에서 지내는 방식)을 얼마나 하였습니까? ① 4시간 이내 ② 낮 동안만 ③ 하루 종일 ④ 안 함			
5	아이의 최근 대변 색깔과 비슷한 색깔은 어느 것인가요? ①  초록색, 짙은 초록색 ②  짙은 노란색, 황금색, 갈색 ③  레몬색, 콩비지색, 회색, 흰색 ④ 해당 없음			

## 영덩이 관절 관련

① 예 ② 아니요 ③ 모름

1	임신말기까지 '둔위(태아의 다리가 아래를 향하는 자세)'가 지속되었습니까?	①	②	③
2	'양수과소증(양수가 조금밖에 없는 상태)'이 있었습니까?	①	②	③
3	가족(부모나 형제) 중 발달성 고관절 이형성증(영아기에 영덩이 관절에 문제가 있는 증상) 환자가 있습니까?	①	②	③

## 개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 입술에 직접 뽀뽀를 할 때가 있습니까?	①	②
2	아이의 기저귀를 갈고 난 후, 항상 손을 씻습니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)]



## 영유아건강검진 문진표

4~6개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	
영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>				신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까? ※ 남아 보호자만 작성 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	
1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 몸무게 : ____ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지) 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)					
예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균
					B형 해모필루스균



### 영양 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	완전 모유 수유 중이면 이유식 시기에 아이에게 철분이 부족할 수 있습니다. 아이에게 철분제나 철분이 풍부한 이유기 보충식(이유식)을 주고 있습니까?	①	②	③
2	모유 수유는 이유기 보충식(이유식)이나 아이 식사를 병행하며 생후 24개월 이후까지도 지속할 수 있다는 것을 알고 있습니까?	①	②	③
3	유축한 모유는 상온에서 최대 4시간까지만 보관 가능한 것을 알고 있습니까?	①	②	③
4	모유 수유 중인 엄마가 진통해열제, 감기약, 항생제 등을 복용한다 해도 특별한 경우가 아니면 모유 수유를 중단하지 않아도 된다는 것을 알고 있습니까?	①	②	③
5	완전 모유 수유를 언제까지 하셨습니까?(분유나 이유식 없이 모유만 먹인 기간을 말합니다.) ① 1개월 미만 ② 2개월 미만 ③ 3개월 미만 ④ 4개월 미만 ⑤ 5개월 미만 ⑥ 6개월 미만			



### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	자동차 이동 시 단계별 카시트를 반드시 사용합니까?	①	②
2	어른 침대나 소파 위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	①	②
3	아이가 보행기를 사용하다가 심하게 다칠 수 있다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
4	아이를 안아 달랠 때, 심하게 흔들면 좋지 않다는 것을 알고 있습니까?	①	②
5	목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자둔 적이 있습니까?	①	②
6	아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	①	②
7	아이를 전기장판이나 온수매트 위에서 재운 적이 있습니까?	①	②



### 수면 교육

① 예 ② 아니요

1	아이를 바로 눕혀 재웁니까?	①	②
2	아이의 납작머리를 예방하고 발달을 촉진하기 위하여 깨어 있을 때는 엎드려 놀게 합니까?	①	②
3	아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잠니까?	①	②
4	아이에게 젖이나 분유병을 물린 채 안거나 흔들려 아이가 깊이 잠든 후에 잠자리에 눕합니까?	①	②
5	아이를 재우기 전에 목욕, 마사지, 자장가, 책 읽기 등의 규칙적인 행동을 합니까?	①	②
6	아이가 자다가 깨면 젖이나 분유병을 물려 재웁니까?	①	②



### 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 눈을 잘 맞추니까?	①	②
2	아이의 눈동자의 위치가 이상합니까?(안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②
3	아이의 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	①	②



### 청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	아이가 다양한 소리("아", "우", "이")를 내거나, 웃을 때 소리를 낼 수 있습니까?	①	②	
2	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②	
3	출생 후 1개월 이내 아이가 청각선별검사(청력 검사)를 받았습니까? (미숙아인 경우 출생 예정일을 기준으로 1개월 이내)	①	②	
4	신생아 청각선별검사서에서 한쪽 또는 양쪽 귀에서 '재검(refer)' 판정을 받았습니까?	①	②	③
5	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②	



### 전자미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

1	※ 전문가들은 만2세 이전에는 전자미디어 (예: 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)의 노출을 제한하는 것을 권고하고 있습니다. 아이에게 전자미디어를 보여줍니까?	①	②
2	아이와 함께 있을 때 부모가 전자미디어를 사용합니까?	①	②
3	아이에게 전자미디어를 보여줄 때, 보호자가 같이 보니까?	①	②
4	아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까? ① 전혀 없음 ② 1시간 미만 ③ 2시간 미만 ④ 2시간 이상		



### 영당이 관절 관련

① 예 ② 아니요

1	발달성고관절이형성증과 관련하여 아이가 고관절 초음파 검사를 받은 적이 있습니까?	①	②
2	아이가 발달성고관절이형성증으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②



### 개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 눈, 코, 입을 닦기 전과 후, 항상 손을 씻습니까?	①	②
---	-----------------------------------	---	---

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)]



## 영유아건강검진 문진표

9~12개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하셨습니다습니까?

예 ☐ 아니요 ☐

신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까?  
※ 남아 보호자만 작성

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 2. 출생 시 몸무게 : \_\_\_\_ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)  
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요  
4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디프티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균

5. 발달 문제(발달지연, 발달장애 등)로 의료기관(병·의원)에서 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)  
① 예( ) ② 아니요

### 영양 교육

① 예 ② 아니요

1	이유기 보충식(이유식)을 하루 3번 먹입니까?	①	②
2	이유기 보충식(이유식)에 곡류, 채소, 과일, 달걀, 생선, 고기가 들어갑니까?	①	②
3	현재 모유 수유를 지속하고 있습니까?	①	②
4	아이의 알레르기나 천식을 걱정해서 특별히 피하거나 제한하는 음식이 있습니까?	①	②
5	9개월부터 아이가 컵을 사용하여 스스로 먹어야 한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
6	완전 모유 수유를 언제까지 하셨습니까? (분유나 이유식 없이 모유만 먹인 기간을 말합니다.) 해당하지 않는 경우 "0"으로 답해 주시기 바랍니다.( )개월		

### 정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 엄마 또는 양육자와 함께 새로운 놀이나 장난감을 가지고 상호작용하며 노는 것을 좋아합니까?	①	②
2	아이가 엄마 또는 양육자의 행동을 모방합니까?	①	②
3	아이가 낯선 사람을 두려워하지만, 엄마 또는 양육자와 함께 있으면 호기심을 가지고 가까이 갑니까?	①	②
4	엄마 또는 양육자가 없으면 아이가 불안해하지만, 엄마 또는 양육자가 돌아오면 편안해집니까?	①	②
5	아이가 까꿍놀이 등의 상호 놀이 시 웃고 즐거움을 표현합니까?	①	②

### 구강 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	밤 중 수유(모유나 분유병 모두 포함)를 하고 있습니까?	①	②	
2	아이가 분유병을 떼고 컵으로 마시는 연습을 하고 있습니까?	①	②	③
3	충치가 의심되거나 치아 색깔 또는 모양이 이상해 보이는 치아가 있습니까?	①	②	③
4	현재 아이의 잇몸 밖으로 난 치아는 몇 개입니까? 치아 ( )개			
5	아이의 치아를 적어도 하루 두 번 이상 닦아 줍니까?	①	②	③

### 청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중에 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②

### 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 눈을 잘 맞추니까?	①	②
2	아이의 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②
3	아이의 두 눈동자(동공)에 차이(크기, 색상, 불빛 반사)가 있습니까?	①	②

### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 땅콩, 옥수수 알갱이, 포도, 단추, 작은 장난감 등 입에 들어가는 작은 물건을 가지고 놀다가 질식할 수 있는 위험이 있다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
2	아이가 자석이나 버튼 배터리(단추형 전지) 등을 삼키면 장에 천공이 생기는 등 위험한 합병증이 발생할 수 있다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
3	감전 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②
4	집 내부의 계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등 아이를 위한 안전장치를 해놓았습니까?	①	②
5	아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까?	①	②
6	가스레인지 위의 주방기구(냄비, 프라이팬 등) 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려 놓습니까?	①	②
7	목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
8	자동차 이동 시 단계별 카시트를 반드시 사용합니까?	①	②

### 개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	12개월 이전에는 꿀을 먹이면 안 된다는 것을 알고 있습니까?	①	②
2	외출하고 돌아와서 항상 물과 비누를 이용하여 아이의 손을 씻겨줍니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



# 영유아건강검진 문진표

18~24개월용

수검자 성명	주민등록번호	보호자 연락처
보호자 성명	수검자와의 관계	E-mail(메일)주소

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?  
예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 2. 출생 시 몸무게 : \_\_\_\_kg(소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)  
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요  
4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디프테리	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 해모필루스균	홍역·볼거리·풍 진	수두	일본뇌 염

5. 발달 문제(발달지연, 발달장애 등)로 의료기관(병·의원)에서 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)  
① 예( ) ② 아니요

## 영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이의 식습관에 문제가 있다고 생각합니까?	①	②
2	아이가 먹는 음식에 간을 합니까?	①	②
3	아이가 당분이 첨가된 음료수나 과일주스를 마십니까?	①	②
4	통곡물 섭취가 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
5	아이에게 식사 외에 비타민, 무기질 등의 건강 기능식품을 주고 있습니까?	①	②

## 대소변가리기 교육

① 예 ② 아니요

1	이전에 비해 아이의 소변보는 간격이 늘어나고 있습니까?(두 시간 정도)	①	②
2	아이가 혼자서 바지를 내릴 수 있습니까?	①	②
3	아이가 대소변을 의미하는 말(응가, 쉬 등)을 알아듣거나 표현할 수 있습니까?	①	②
4	아이가 유아용 변기에 관심을 보입니까?	①	②
5	대소변 가리기를 시도해 보신 적이 있습니까?	①	②

## 정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 원하는 것이나 관심 있는 물건을 시선이나 손가락으로 가리킵니까?	①	②
2	아이가 다른 아이들과 놀거나 관심을 보입니까?	①	②
3	아이가 때때로 엄마 또는 양육자 곁을 떠나 혼자 주변을 살펴봅니까?	①	②
4	아이가 불안해하다가도 엄마 또는 양육자 곁에서는 안심합니까?	①	②
5	아이가 엄마 또는 양육자가 웃을 때 같이 즐거워하며 잘 웃습니까?	①	②
6	아이가 화가 났을 때 엄마 또는 양육자가 달랠 수 있습니까?	①	②

## 개인위생 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 외출하고 돌아와서 물과 비누를 이용 하여 손을 씻습니까?	①	②
2	아이가 눈, 코, 입을 손으로 자주 만집니까?	①	②
3	외출 할 때 물과 비누로 아이의 손을 씻겨줄 수 없는 경우에 대비해 알코올 성분이 있는 손세정제를 휴대합니까?	①	②

## 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들리는 (떨리는) 증상이 있습니까?	①	②
2	아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
3	책, TV, 물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	①	②
4	아이의 눈이 가끔 가운데로 물러가거나 밖으로 향합니까?	①	②

## 전자 미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

1	아이와 함께 있을 때 부모가 전자미디어 (예: 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)를 사용합니까?	①	②
2	아이가 전자미디어로 무엇을 보는지 알고 있습니까?	①	②
3	다음은 전자미디어 사용에 대한 규칙입니다. 아이가 전자미디어를 사용하는 장소에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
4	아이가 전자미디어를 사용하는 요일에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
5	아이가 전자미디어를 사용하는 시간에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
6	아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까? ① 전혀 없음 ② 1시간 미만 ③ 2시간 미만 ④ 2시간 이상	①	②

## 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	①	②
2	아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까?	①	②
3	집 내부의 계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등 아이를 위한 안전장치를 해놓았습니까?	①	②
4	가스레인지 위의 주방기구(냄비, 프라이팬 등) 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려놓습니까?	①	②
5	감전 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②
6	목욕탕, 욕조나 화장실 안에 잠시라도 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
7	자동차 이동 시 단계별 카시트를 반드시 사용 합니까?	①	②
8	차 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②

## 청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하 (난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②
4	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공 와우를 착용하고 있습니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다. 210mmx279mm(백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>))





## 영유아건강검진 문진표

30~36개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?  
예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 2. 출생 시 몸무게 : \_\_\_\_ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)  
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은: \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요  
4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제(발달지연, 발달장애 등)로 의료기관(병·의원)에서 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)  
① 예( ) ② 아니요

### 영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이의 식습관에 문제가 있다고 생각합니까?	①	②
2	아이가 하루에 세 번 식사를 합니까?	①	②
3	통곡물 섭취가 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이가 매일 가족과 함께 식사를 합니까?	①	②
5	아이가 단 음식을 많이 먹습니까?	①	②
6	모유를 조금이라도 먹인 기간이 생후 몇 개월까지입니까? 모유 수유를 하지 않으신 경우 "0"으로 답해 주시기 바랍니다. ( )개월		

### 대소변가리기 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 대소변을 가립니까?	①	②
2	아이가 유아용 변기를 잘 사용합니까?	①	②
3	아이가 대변을 볼 때 규칙적이며 힘들어하지 않습니까?	①	②
4	아이가 대소변 실수를 두려워합니까?	①	②

### 정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 주변 자극(사람, 장난감 등)에 관심을 보입니까?	①	②
2	아이가 다른 아이들에게 관심을 보이고 함께 놀니까?	①	②
3	아이가 어른이나 다른 아이들의 행동을 따라하거나 흉내 냅니까?	①	②
4	아이가 엄마 또는 양육자와 잠시 동안 떨어져 있을 수 있습니까?	①	②
5	아이가 말이나 몸짓으로 자신의 감정을 표현할 수 있습니까? (예: 아이가 말로 '사랑해', '좋아해', '싫어해' 표현을 합니까? 몸짓으로 포옹을 하거나 입맞춤 또는 볼맞춤 등을 합니까?)	①	②
6	화가 나거나 울더라도 아이 스스로 혹은 조금 달래 주면 진정할 수 있습니까?	①	②

### 개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 대소변을 본 후 항상 물과 비누를 이용하여 손을 씻습니까?	①	②
---	--------------------------------------	---	---

### 취학 전 준비 교육(누리과정)

① 예 ② 아니요

1	아이가 달리기와 점프 둘 다 할 수 있습니까?	①	②
2	아이가 규칙적으로 식사하고 잠을 잡니까?	①	②
3	아이가 다른 사람이 들려주는 짧고 재미있는 이야기를 알아듣고 이해할 수 있습니까?	①	②
4	아이가 듣는 사람을 바라보며 말할 수 있습니까?	①	②
5	아이가 친구들의 놀이에 관심을 보입니까?	①	②
6	(간단한 규칙 준수) 아이가 자기 차례를 기다릴 수 있습니까?	①	②
7	아이가 손가락으로(사물을 가리키거나 손가락을 꼽으며) 세까지 셀 수 있습니까?	①	②
8	아이가 언제부터 어린이집이나 유치원에 다니기 시작했습니까? (유치원이나 어린이집에 다니는 아동의 경우에만 응답) ① ( )개월 ② 해당 없음		

### 청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②
4	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공 와우를 착용하고 있습니까?	①	②

### 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
2	책, TV, 물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	①	②
3	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

2210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)



## 영유아건강검진 문진표

42~48개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 2. 출생 시 몸무게 : \_\_\_\_kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)  
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요  
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피테리	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리·풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제(발달지연, 발달장애 등)로 의료기관(병·의원)에서 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)  
 ① 예( ) ② 아니요

### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	집 내부의 계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등 아이를 위한 안전장치를 해놓았습니까?	①	②
2	어린이 풀이나 욕조 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
3	양초, 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②
4	아이가 자전거, 인라인 스케이트, 썰썬카 등을 탈 때 항상 헬멧과 보호대를 사용합니까?	①	②
5	차가 다니는 길에서 아이가 놀 때가 있습니까?	①	②
6	자동차 이동 시 단계별 카시트나 보조의자를 반드시 사용합니까?	①	②

### 정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 원하거나 생각하는 것을 대다수의 상대가 이해할 수 있게 말로 표현할 수 있습니까?	①	②
2	아이가 또래와 노는 것을 좋아합니까?	①	②
3	아이가 역할 놀이를 할 수 있습니까?	①	②
4	예전에 비해 아이가 짜증을 내거나 화를 내는 일이 줄어들고 있습니까?	①	②
5	아이가 다른 사람의 감정에 공감하는 것을 언어적, 비언어적 표현(공감의 말, 또는 표정과 행동)을 통해 확인할 수 있습니까?	①	②
6	아이가 협동놀이(서로 역할을 정해서 놀이를 하거나 협동하며 충분히 상호관계를 이루어 함께 어울림)를 할 수 있습니까?	①	②

### 영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 하루에 세 번 식사를 합니까?	①	②
2	아이가 생우유를 하루에 두 잔(500mL) 정도 마십니까?	①	②
3	통곡물 섭취가 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이가 당분이 첨가된 음료수(탄산음료, 스포츠 음료, 어린이용 음료 등)나 과일주스를 피하고 있습니까?	①	②
5	아이가 먹는 음식은 싱겁게 조리하는 편입니까?	①	②

### 수면 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 저녁 몇 시쯤 잠이 듭니까? ① 9시 전 ② 9-10시전 ③ 10-11시전 ④ 11-12시전 ⑤ 12시 이후		
2	아이가 코를 고는 날이 일주일에 3일 이상 있습니까?	①	②
3	아이가 하루 평균 몇 시간 잠을 잡니까? ① 낮잠: ( )시간 ( )분 ② 밤잠: ( )시간 ( )분		
4	아이의 수면에 문제가 있습니까?	①	②

### 청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②	
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②	
3	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②	
4	아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②	
5	귓속말검사를 시행하였습니까?	①	②	
6	귓속말검사서에서 아이가 모든 그림을 정확히 가리켜 맞았습니까?	①	②	③

### 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
2	책, TV, 물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	①	②
3	아이의 눈이 가끔 가운데로 물리거나 밖으로 향합니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다. 210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)



## 영유아건강검진 문진표

54~60개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 2. 출생 시 몸무게 : \_\_\_\_kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)  
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요  
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피테리	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제(발달지연, 발달장애 등)로 의료기관(병·의원)에서 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)  
 ① 예( ) ② 아니요

### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때 항상 헬멧, 보호대를 사용합니까?	①	②
2	차가 다니는 길에서 아이가 놀 때가 있습니까?	①	②
3	자동차 이동 시 단계별 카시트나 보조 의자를 반드시 사용합니까?	①	②
4	아이가 물놀이 할 때 지켜야 할 규칙을 알고 있습니까?	①	②
5	양초, 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②
6	의약품이나 화학제품(표백제, 세정제, 광택제 등) 혹은 날카로운 물건 등을 아이의 손이 닿지 않는, 잠기는 곳에 보관합니까?	①	②

### 영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 건강한 식습관을 가지고 있습니까?	①	②
2	아이가 물 대신 음료수, 과일주스를 선호하여 자주 마십니까?	①	②
3	아이가 매일 유제품(우유, 플레인 요거트, 치즈 등)을 먹습니까?	①	②
4	아이가 일반우유 대신 저지방우유를 마시고 있습니까?	①	②
5	아이가 매일 다양한 잡곡, 채소, 과일을 섭취하고 있습니까?	①	②
6	아이가 간식이나 외식 시 달고 짜고 기름진 인스턴트 식품이나 패스트푸드를 자주 먹습니까?(예를 들어 과자, 아이스크림, 햄버거, 치킨, 피자 등)	①	②
7	아이가 TV, 동영상, 스마트폰, 게임 등을 하는 시간이 하루 2시간 이상입니까?	①	②
8	아이가 하루 1시간 이상 숙차고 땀이 날 정도로 뛰놀거나 운동을 합니까?	①	②

### 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 눈이 가끔 멍하거나 초점이 이상할 때가 있습니까?	①	②
---	---------------------------------	---	---

### 전자미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 전자미디어(예 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)로 무엇을 보는지 알고 있습니까?	①	②
2	전자미디어 사용에 대한 규칙이 있습니까?	①	②
3	아이가 전자미디어 사용규칙을 지킵니까?	①	②
4	아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까? ① 전혀 없음 ② 1시간 미만 ③ 2시간 미만 ④ 2시간 이상		

### 청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이의 듣기와 말하기에서 걱정되는 문제가 있습니까?	①	②
4	원활한 초등학교 생활을 위해 아이가 청력검사(순음청력검사)를 받았습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
6	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공 와우를 착용하고 있습니까?	①	②

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부당이득금으로 환수됩니다. 210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)]





## 영유아건강검진 문진표

66~71개월용

수검자 성명		주민등록번호		보호자 연락처	
보호자 성명		수검자와의 관계		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하셨습니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 2. 출생 시 몸무게 : \_\_\_\_kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)  
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요  
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염	디피테리	소아마비 (폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역·볼거리· 풍진	수두	일본뇌염

5. 발달 문제(발달지연, 발달장애 등)로 의료기관(병·의원)에서 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)  
 ① 예( ) ② 아니요

### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때 항상 헬멧, 보호대를 사용합니까?	①	②
2	아이 혼자 길을 건너다닌 적이 있습니까?	①	②
3	자동차 이동 시 단계별 카시트나 보조의자를 반드시 사용합니까?	①	②
4	화재 발생 시 신고하는 번호를 아이가 알고 있습니까?	①	②
5	놀이터에서 아이를 혼자 놀게 한 적이 있습니까?	①	②

### 영양 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 건강한 식습관을 가지고 있습니까?	①	②
2	아이가 매일 아침식사를 합니까?	①	②
3	아이가 물 대신 음료수, 과일주스를 선호하여 자주 마십니까?	①	②
4	아이가 매일 유제품(우유, 플레인 요거트, 치즈 등)을 먹습니까?	①	②
5	아이가 일반우유 대신 저지방우유를 마시고 있습니까?	①	②
6	아이가 매일 다양한 잡곡, 채소, 과일을 섭취하고 있습니까?	①	②
7	아이가 간식이나 외식 시 달고 짜고 기름진 인스턴트식품이나 패스트푸드를 자주 먹습니까? (예를 들어, 과자, 아이스크림, 햄버거, 치킨, 피자 등)	①	②
8	아이가 학습 외의 목적으로 TV, 동영상, 스마트폰, 컴퓨터, 게임 등을 하는 시간이 하루 2시간 이상입니까?	①	②
9	아이가 하루 1시간 이상 숨차고 땀이 날 정도로 뛰여 놀거나 운동을 합니까?	①	②

### 개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이가 만6세 이전에 받아야 하는 모든 정기 예방접종을 완료하였습니까?	①	②
2	아이가 기침이나 재채기를 할 때에 무엇으로 가리고 합니까? ① 손 ② 옷소매	①	②
3	아이가 코를 풀거나 손으로 가리고 기침이나 재채기를 한 경우 항상 손을 씻도록 가르칩니까?	①	②

### 취학 전 준비 교육

① 예 ② 아니요

1	아이가 어린이집이나 유치원 수업시간 동안 한 자리에 앉아 있을 수 있습니까?	①	②
2	아이가 자고 일어나는 시간이 규칙적입니까?	①	②
3	아이가 다른 친구들과 잘 어울려 놀니까?(예 : 아이가 친구와 놀면서 양보할 줄 압니까?)	①	②
4	아이가 어른의 지시를 따르고 부모 또는 양육자나 선생님이 정해진 규칙을 지킵니까?	①	②
5	아이가 자신이 하고자 하는 말을 분명하고 조리 있게 말할 수 있습니까?	①	②
6	아이가 도움이 필요할 때 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있습니까?	①	②
7	아이가 숫자를 20까지 세고 손가락으로 한 자릿수 덧셈을 할 수 있습니까?	①	②
8	아이가 대소변을 보고 난 뒤, 혼자서 처리할 수 있습니까?	①	②
9	아이가 산만하거나 집중력이 떨어진다고 생각하십니까?	①	②

### 청각 관련

① 예 ② 아니요

1	출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②
2	가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까?	①	②
3	아이의 듣기와 말하기에서 걱정되는 문제가 있습니까?	①	②
4	원활한 초등학교 생활을 위해 아이가 청력검사(순음청력검사)를 받았습니까?	①	②
5	아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?	①	②
6	아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공 와우를 착용하고 있습니까?	①	②

### 시각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	영유아건강검진 결과에서 안과 진료를 권유받아 안과를 방문하신 적이 있습니까?	①	②	③
---	--	---	---	---

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부당이득금으로 환수됩니다. 210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)]

일반건강검진 결과통보서

수검자 성명		주민등록번호	
검진일		검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

건강검진 종합소견

판정 - ☐ 정상A ☐ 정상B(경계)  
☐ 일반 질환의심 ☐ 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 질환의심 ☐ 유질환자

◆ ○○○님은 일반건강검진 그 외 , , 검사를 받으셨습니다.

\* 생활습관평가는 생활습관평가 결과지와 처방전을 참고하십시오.

\*\* 흉부촬영검사는 폐결핵 진단검사이며, 폐암 선별검사는 아닙니다.

◆ ○○○님은 다음 사항에 대한 관리가 필요합니다.

▷ 의심 질환

※ ☐고혈압, ☐당뇨병, ☐폐결핵, ☐우울증, ☐조기정신증, ☐C형간염이 의심되는 분은 병·의원((상급)종합·치과·한방·요양·정신병원, 치과·한의원 제외)에서 검진받은 연도의 다음연도 1월 31일까지 최초 1회 본인부담 없이 진료(아래 각주 참고)가 가능하니 꼭 받으시기 바랍니다.

- \* 고혈압 : 진찰, 혈압측정
- \* 당뇨병 : 진찰, 공복혈당검사
- \* 정신건강검사(우울증, 조기정신증), C형간염 : 별도 안내문 참조(첫 진료비 지원 대상 관련)
- \* 폐결핵((상급)종합병원 포함) : 진찰, 객담(가래) 도말검사 및 배양검사, 핵산증폭검사

▷ 유질환

▷ 생활습관 관리

▷ 기타

※ 이 결과통보서는 근로자의 채용기관이 요구하는 “채용신체검사서” 및 한국도로교통공단이 요구하는 “운전면허 적성검사 신체검사서”로 대체될 수 있음. 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

\*혈액검사 결과는 검진기관별로 검사방법 등에 따라 정상A, 정상B, 질환의심 기준 수치가 다를 수 있습니다.

구분	목표질환	검사항목	결과 (참고치)
계측검사	비만 /복부비만	키(cm) 및 몸무게(kg)	/
		체질량지수(kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 저체중 (18.5미만) <input type="checkbox"/> 정상 (18.5-24.9) <input type="checkbox"/> 과체중 (25-29.9) <input type="checkbox"/> 비만 (30이상)
		허리둘레 (cm)	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 복부비만(남 90 이상, 여 85 이상)
	시각이상	시력(좌우)	/ <input type="checkbox"/> 교정
	청각이상	청력(좌우)	/ <input type="checkbox"/> 교정 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 질환의심(40dB 이상)
	고혈압 (수축기/이완기)	/    mmHg	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 유질환자 <input type="checkbox"/> 고혈압 전단계 (수축기 120-139 또는 이완기 80-89) <input type="checkbox"/> 고혈압의심 (수축기 140 이상 또는 이완기 90 이상)

혈액검사	빈혈 등	혈색소(g/dL)	남 13-16.5 여 12-15.5	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 빈혈 의심
	당뇨병	공복혈당(mg/dL)	100미만	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 유질환자 <input type="checkbox"/> 공복혈당장애 의심 <input type="checkbox"/> 당뇨병 의심
	이상지질혈증 ※ 당뇨병 동반한 경우 저밀도 C < 100* * 의사판단시 수정가능	총콜레스테롤(mg/dL)	200미만	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 고콜레스테롤혈증 의심 <input type="checkbox"/> 고중성지방혈증 의심 <input type="checkbox"/> 낮은 고밀도 콜레스테롤 의심 <input type="checkbox"/> 유질환자
		고밀도 콜레스테롤(mg/dL)	60이상	
		중성지방(mg/dL)	150미만	
		저밀도 콜레스테롤(mg/dL)	130미만	
	신장질환	혈청 크레아티닌(mg/dL)	1.5이하	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신장기능 이상 의심
		신사구체여과율 (e-GFR) (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	60이상	
	간장질환	에이제스티(AST)(IU/L)	40이하	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 간기능 이상 의심
		에이엘티(ALT)(IU/L)	35이하	
		감마지티피(γ GTP)(IU/L)	남 63이하 여 35이하	

요검사	요단백	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 경계 <input type="checkbox"/> 단백뇨 의심
-----	-----	---

영상검사	흉부촬영	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비활동성 폐결핵 <input type="checkbox"/> 질환의심: <input type="checkbox"/> 기타:
------	------	---

진찰 (문진)	과거병력	약물치료	
	생활습관	<input type="checkbox"/> 금연 필요 <input type="checkbox"/> 절주 필요 <input type="checkbox"/> 신체활동 필요 <input type="checkbox"/> 근력운동 필요 * 담당 의사와 상담하십시오.	

	실시대상자 여부	결과	
B형간염	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	표면항원	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 정밀 ( )
		표면항체	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 정밀 ( )
		<input type="checkbox"/> 항체 있음 <input type="checkbox"/> 항체 없음 <input type="checkbox"/> B형간염 보유자 의심 <input type="checkbox"/> 판정보류	
C형간염	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 정밀 ( ) <input type="checkbox"/> 항체 있음(C형간염 의심, 확진검사 필요) <input type="checkbox"/> 항체 없음	
우울증	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	<input type="checkbox"/> 우울증상이 없음 (0-4점) <input type="checkbox"/> 가벼운 우울증상 (5-9점) <input type="checkbox"/> 중간 정도 우울증 의심 (10-19점) <input type="checkbox"/> 심한 우울증 의심 (20-27점)	
조기정신증	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	<input type="checkbox"/> 증상없음(영역별 0-5점) <input type="checkbox"/> 전문의 진단 필요(빈도 또는 고통 6점 이상)	
인지기능장애	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	<input type="checkbox"/> 특이소견 없음 (0-5점) <input type="checkbox"/> 인지기능 저하 의심 (6점 이상)	
골밀도검사	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	측정부위	T-점수
		고관절 <input type="checkbox"/> 요추 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 골감소증 <input type="checkbox"/> 골다공증
노인신체기능검사	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 신체기능저하	
노인기능평가 (문진)	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	낙상	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 낙상 고위험자
		일상생활 수행능력	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 일상생활 도움 필요
		예방접종	<input type="checkbox"/> 인플루엔자 접종 필요 <input type="checkbox"/> 폐렴구균 접종 필요 <input type="checkbox"/> 접종 필요 없음
		배뇨장애	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 배뇨장애 의심

## 심뇌혈관질환 위험평가

\*심뇌혈관질환은 뇌졸중, 심근경색을 포괄하는 질환을 뜻합니다.

성명 ○○○ 성별 ○○ 연령 00세 검진일자 0000-00-00

### 심뇌혈관질환 위험도

나의 심뇌혈관질환 발생 위험  
((연령) (성별) 평균 대비)

0.00 배

향후 10년 이내에 심뇌혈관질환이 발생할 확률

○○○님 | 0.0%  
(연령)(성별) 평균 | 0.0%

0 20 40 60 80 100

심뇌혈관 나이

00 세

### 건강관련요인 알아보기

건강관련요인	현재 상태	→	목표 상태	건강신호등
 체중 허리둘레			65kg 미만 90cm 미만	
 신체활동			주 5회 이상	
 혈압			120/80 미만	
 담배사용			금연 유지	
 음주			절주 또는 금주	
 공복혈당			100 미만	
 총 콜레스테롤 저밀도 콜레스테롤			200 미만 130 미만	

위 결과는 ○○○님의 문진표와 검사결과를 토대로 현재상태와 목표치를 제시한 것입니다. 건강신호등에서 '주의' 또는 '위험'에 해당하는 요인에 대해서는 적극적인 개선 노력이 필요합니다. 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 약을 드시고 계신 경우에는, 혈압, 공복혈당, 콜레스테롤이 목표치로 조절되고 있어도 '주의'로 표시되며, 현재와 같이 지속적으로 관리하시기 바랍니다.

※ 위 목표 상태는 일반적인 권고안에 따른 것으로, 개인의 건강 수준에 따라 달라질 수 있으므로 의사와 상담하십시오.

### 건강관련요인을 개선하면

향후 10년 이내에 심뇌혈관질환이 발생할 확률이 현재 상태 대비

00% 감소 ( 0.0% → 0.0% )

심뇌혈관 나이

00세 → 00세

귀하의 건강검진 결과를 위와 같이 통보합니다.

20 . . .

판정일

검진 의사: 면허(자격)/번호

성명

(서명)

(요양기관기호

)

## 생활습관평가 결과지

수검자 성명		주민등록번호	
검진일		검진장소	<input type="checkbox"/> 내원 <input type="checkbox"/> 출장

담배 사용	<input type="checkbox"/> 비흡연자 <input type="checkbox"/> 과거 흡연자 <input type="checkbox"/> 현재 흡연자 <input type="checkbox"/> 전자담배 단독 사용자			
	니코틴 의존도 평가	<input type="checkbox"/> 낮음 (0~3점)	<input type="checkbox"/> 중간 (4~6점)	<input type="checkbox"/> 높음 (7~10점)
	금연 처방전	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	
	처방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물치료 (니코틴 대체 요법, 부프로피온, 바레니클린) <input type="checkbox"/> 연계 (금연 단체, 금연 클리닉 등 국가금연지원서비스)		

음주	<input type="checkbox"/> 비음주자	<input type="checkbox"/> 저위험 음주자	<input type="checkbox"/> 고위험 음주자	<input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 의심
	금주/절주 처방전	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	
	처방	<input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물 치료	<input type="checkbox"/> 연계 (금주 단체, 금주 클리닉)	

운동	<input type="checkbox"/> 신체활동부족 <input type="checkbox"/> 근력운동부족	<input type="checkbox"/> 기본 신체활동 <input type="checkbox"/> 근력운동적절	<input type="checkbox"/> 건강증진 신체활동
	운동 처방전	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
	처방 운동종류 : <input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 <input type="checkbox"/> 근력 운동	<input type="checkbox"/> 수영 <input type="checkbox"/> 등산 <input type="checkbox"/> 기타 (                  )	<input type="checkbox"/> 에어로빅 <input type="checkbox"/> 스트레칭
	운동시간 : <input type="checkbox"/> 10분 <input type="checkbox"/> 15~30분 <input type="checkbox"/> 30분 이상 <input type="checkbox"/> 기타 (                  ) 운동빈도 : <input type="checkbox"/> 주 1~2회 <input type="checkbox"/> 주 3~4회 <input type="checkbox"/> 주 5회 이상		

영양	<input type="checkbox"/> 양호	<input type="checkbox"/> 보통	<input type="checkbox"/> 불량
	영양 처방전	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
	처방	<input type="checkbox"/> 더 드십시오	( <input type="checkbox"/> 유제품 <input type="checkbox"/> 단백질류 <input type="checkbox"/> 야채 )
	<input type="checkbox"/> 줄이십시오	( <input type="checkbox"/> 지방 <input type="checkbox"/> 단순당 <input type="checkbox"/> 염분 (소금) )	
	<input type="checkbox"/> 올바른 식사습관	( <input type="checkbox"/> 아침 식사 거르지 않기 <input type="checkbox"/> 골고루 먹기 )	
	<input type="checkbox"/> 연계	(영양 교실)	

	<input type="checkbox"/> 정상 체중	<input type="checkbox"/> 과체중	<input type="checkbox"/> 비만
	비만 처방전	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
비만	처방 <input type="checkbox"/> 식사량을 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 음주량과 횟수를 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 운동 처방을 참고하십시오 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	<input type="checkbox"/> 간식과 야식을 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 외식이나 패스트푸드를 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 연계 (비만 클리닉)	

생활습관평가 결과통보서

수검자성명	주민등록번호		
검진일	검진장소	<input type="checkbox"/> 내원	<input type="checkbox"/> 출장
담배 사용	<input type="checkbox"/> 비흡연자 <input type="checkbox"/> 과거 흡연자 <input type="checkbox"/> 현재 흡연자 <input type="checkbox"/> 전자담배 단독 사용자		
	니코틴 의존도 평가 <input type="checkbox"/> 낮음 (0~3점) <input type="checkbox"/> 중간 (4~6점) <input type="checkbox"/> 높음 (7~10점)		
	금연 처방전 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
	처방 <input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물치료 (니코틴 대체 요법, 부프로피온, 바레니클린) <input type="checkbox"/> 연계 (금연 단체, 금연 클리닉 등 국가금연지원서비스)		
음주	<input type="checkbox"/> 비음주자 <input type="checkbox"/> 저위험 음주자 <input type="checkbox"/> 고위험 음주자 <input type="checkbox"/> 알코올 사용장애 의심		
	금주/절주 처방전 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
	처방 <input type="checkbox"/> 상담 및 교육 <input type="checkbox"/> 약물 치료 <input type="checkbox"/> 연계 (금주 단체, 금주 클리닉)		
운동	<input type="checkbox"/> 신체활동부족 <input type="checkbox"/> 기본 신체활동 <input type="checkbox"/> 건강증진 신체활동		
	<input type="checkbox"/> 근력운동부족 <input type="checkbox"/> 근력운동적절		
	운동 처방전 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
	처방 운동종류 : <input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 <input type="checkbox"/> 수영 <input type="checkbox"/> 등산 <input type="checkbox"/> 에어로빅 <input type="checkbox"/> 스트레칭 <input type="checkbox"/> 근력 운동 <input type="checkbox"/> 기타 (      ) 운동시간 : <input type="checkbox"/> 10분 <input type="checkbox"/> 15~30분 <input type="checkbox"/> 30분 이상 <input type="checkbox"/> 기타 (      ) 운동빈도 : <input type="checkbox"/> 주 1~2회 <input type="checkbox"/> 주 3~4회 <input type="checkbox"/> 주 5회 이상		
영양	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 불량		
	영양 처방전 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
	처방 <input type="checkbox"/> 더 드십시오 ( <input type="checkbox"/> 유제품 <input type="checkbox"/> 단백질류 <input type="checkbox"/> 야채 ) <input type="checkbox"/> 줄이십시오 ( <input type="checkbox"/> 지방 <input type="checkbox"/> 단순당 <input type="checkbox"/> 염분 (소금) ) <input type="checkbox"/> 올바른 식사습관 ( <input type="checkbox"/> 아침 식사 거르지 않기 <input type="checkbox"/> 골고루 먹기 ) <input type="checkbox"/> 연계 (영양 교실)		
비만	<input type="checkbox"/> 정상 체중 <input type="checkbox"/> 과체중 <input type="checkbox"/> 비만		
	비만 처방전 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
	처방 <input type="checkbox"/> 식사량을 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 간식과 야식을 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 음주량과 횟수를 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 외식이나 패스트푸드를 줄이십시오 <input type="checkbox"/> 운동 처방을 참고하십시오 <input type="checkbox"/> 연계 (비만 클리닉) <input type="checkbox"/> 기타 (      )		

귀하의 생활습관평가 결과를 위와 같이 통보합니다.

20 . . .

판정일

검진 의사: 면허(자격)/번호

성명 (서명)  
(요양기관기호)



영유아건강검진 결과통보서

9~12개월용

수검자 성명		주민등록번호		
신체 계측	키(cm)	몸무게(kg)		
	____.____ cm ( 백분위)	____.____ kg ( 백분위)		
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요		
	Growth curve	Growth curve		
	* 백분위수란 같은 성별과 같은 나이의 영유아 100명 중에서 작은 쪽에서부터의 순서를 말합니다. 위의 그래프의 성장곡선은 제일 아래에서부터 위로 올라가며 차례대로 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 백분위수를 나타내는 곡선입니다. 임신기간 37주 미만으로 출생한 영유아는 실제 출생일 대신 출산 예정일을 기준으로 산출된 조정연령에 따라 평가됩니다.			
신체 진찰 소견	눈 과 외안부 특이 소견	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨	사타구니 피부 주름 비대칭	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	소이증, 외이도 폐쇄증	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨	고관절 외전 제한 소견	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	육안으로 보이는 구순구개열	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨	고환이 음낭에서 안 만져짐	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	청진 상 심잡음	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨	음낭 수종	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	기타 소견:			
시각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3)		
청각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> K-DST 관련) <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
건강교육 실시		<input type="checkbox"/> 영양 교육 <input type="checkbox"/> 구강 교육 <input type="checkbox"/> 안전사고 예방 교육 <input type="checkbox"/> 정서 및 사회성 교육		
발달 평가 결과		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 추적검사 요망 [ <input type="checkbox"/> 대근육 운동 <input type="checkbox"/> 소근육 운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성] <input type="checkbox"/> 심화평가 권고 [ <input type="checkbox"/> 대근육 운동 <input type="checkbox"/> 소근육 운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성] [추가 질문 관련 <input type="checkbox"/> 운동발달(M) <input type="checkbox"/> 사회성발달(S)] <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
종합판정		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
소견 및 조치사항				
요양기관기호		검진기관명		
검진일		면허번호		의사명 (서명)

\* 이 건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하기 위한 검진으로 양호 판정을 받은 경우라도 추후 성장발달 과정에서 이상 소견이 발견될 수 있습니다.

\* 유병률이 낮은 특정 질환의 경우 검진을 통해 발견되지 않을 수도 있습니다.

\* 검진 결과가 양호로 판정되었더라도 지속적인 건강관리를 통해 현재의 건강을 계속 유지해주시고, 판정결과가 "주의"나 "정밀평가 필요"인 경우는 의사와 상담하시기 바랍니다.

\* 건강검진결과통보서상 요양급여가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 이 결과통보서를 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음하여 상급종합병원에서 진료를 받을 수 있습니다.

\* 다음 검진 시에 결과통보서를 지참하시면 검진 결과 판정에 많은 도움이 됩니다.

\* 발달 평가 결과 "심화평가 권고"로 판정된 영유아는 보건소에서 영유아 발달 정밀검사비 지원을 받으실 수 있습니다. (단, 동일 유형의 발달장애인 등록자 또는 동일 영역에 발달지연 확진 판정을 받아 치료 중인 영유아는 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.)



영유아건강검진 결과통보서 18~24개월용

수검자 성명		주민등록번호		
신체 계측		키(cm)	몸무게(kg)	머리둘레(cm)
		____.____ cm ( 백분위)	____.____ kg ( 백분위)	____.____ cm ( 백분위)
		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요
		Growth curve	Growth curve	Growth curve
		* 백분위수란 같은 성별과 같은 나이의 영유아 100명 중에서 작은 쪽에서부터의 순서를 말합니다. 위의 그래프의 성장곡선은 제일 아래에서부터 위로 올라가며 차례대로 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 백분위수를 나타내는 곡선입니다. 임신기간 37주 미만으로 출생한 영유아는 실제 출생일 대신 출산 예정일을 기준으로 산출된 조정연령에 따라 평가됩니다.		
신체 진찰 소견	눈	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	귀	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	구강	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	흉부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	복부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨
	기타 소견:			
시각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4)		
청각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> K-DST 관련) <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
건강교육 실시		<input type="checkbox"/> 영양 교육 <input type="checkbox"/> 안전사고 예방 교육 <input type="checkbox"/> 대소변 가리기 교육 <input type="checkbox"/> 정서 및 사회성 교육 <input type="checkbox"/> 전자 미디어 노출 교육 <input type="checkbox"/> 개인 위생 교육		
발달 평가 결과		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 추적검사 요망 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조] <input type="checkbox"/> 심화평가 권고 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조] [추가 질문 관련 <input type="checkbox"/> 운동발달(M) <input type="checkbox"/> 언어발달(L) <input type="checkbox"/> 사회성발달(S)] <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
종합판정		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
소견 및 조치사항				
요양기관기호		검진기관명		
검진일		면허번호		의사명 (서명)

\* 이 건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하기 위한 검진으로 양호 판정을 받은 경우라도 추후 성장발달 과정에서 이상 소견이 발견될 수 있습니다.

\* 유병률이 낮은 특정 질환의 경우 검진을 통해 발견되지 않을 수도 있습니다.

\* 검진 결과가 양호로 판정되었더라도 지속적인 건강관리를 통해 현재의 건강을 계속 유지해주시고, 판정결과가 "주의"나 "정밀평가 필요"인 경우는 의사와 상담하시기 바랍니다.

\* 건강검진결과통보서상 요양급여가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 이 결과통보서를 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음하여 상급종합병원에서 진료를 받을 수 있습니다.

\* 다음 검진 시에 결과통보서를 지참하시면 검진 결과 판정에 많은 도움이 됩니다.

\* 발달 평가 결과 "심화평가 권고"로 판정된 영유아는 보건소에서 영유아 발달 정밀검사비 지원을 받으실 수 있습니다. (단, 동일 유형의 발달장애인 등록자 또는 동일 영역에 발달지연 확진 판정을 받아 치료 중인 영유아는 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.)





## 영유아건강검진 결과통보서

30~36개월용

수검자 성명		주민등록번호	
신체 계측	키(cm)	몸무게(kg)	머리둘레(cm)
	____.____ cm ( 백분위)	____.____ kg ( 백분위)	____.____ cm ( 백분위)
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요
	Growth curve	Growth curve	Growth curve
	* 백분위수란 같은 성별과 같은 나이의 영유아 100명 중에서 작은 쪽에서부터의 순서를 말합니다. 위의 그래프의 성장곡선은 제일 아래에서부터 위로 올라가며 차례대로 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 백분위수를 나타내는 곡선입니다.		
신체 진찰 소견	눈	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	귀	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	구강	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	흉부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	복부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	기타 소견:		
시각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3)	
청각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> K-DST 관련) <input type="checkbox"/> 지속관리 필요	
건강교육 실시		<input type="checkbox"/> 영양 교육 <input type="checkbox"/> 대소변 가리기 교육 <input type="checkbox"/> 정서 및 사회성 교육 <input type="checkbox"/> 취학 전 준비 교육 (누리과정)	
발달 평가 결과		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 추적검사 요망 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조 ] <input type="checkbox"/> 심화평가 권고 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조 ] [추가 질문 관련 <input type="checkbox"/> 운동발달(M) <input type="checkbox"/> 언어발달(L) <input type="checkbox"/> 사회성발달(S)] <input type="checkbox"/> 지속관리 필요	
종합판정		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요	
소견 및 조치사항			
요양기관기호		검진기관명	
검진일		면허번호	의사명 (서명)

- \* 이 건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하기 위한 검진으로 양호 판정을 받은 경우라도 추후 성장발달 과정에서 이상 소견이 발견될 수 있습니다.
- \* 유병률이 낮은 특정 질환의 경우 검진을 통해 발견되지 않을 수도 있습니다.
- \* 검진 결과가 양호로 판정되었더라도 지속적인 건강관리를 통해 현재의 건강을 계속 유지해주시고, 판정결과가 "주의"나 "정밀평가 필요"인 경우는 의사와 상담하시기 바랍니다.
- \* 건강검진결과통보서상 요양급여가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 이 결과통보서를 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음하여 상급종합병원에서 진료를 받을 수 있습니다.
- \* 다음 검진 시에 결과통보서를 지참하시면 검진 결과 판정에 많은 도움이 됩니다.
- \* 발달 평가 결과 "심화평가 권고"로 판정된 영유아는 보건소에서 영유아 발달 정밀검사비 지원을 받으실 수 있습니다. (단, 동일 유형의 발달장애인 등록자 또는 동일 영역에 발달지연 확진 판정을 받아 치료 중인 영유아는 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.)

42~48개월용

- \* 이 건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하기 위한 검진으로 양호 판정을 받은 경우라도 추후 성장발달 과정에서 이상 소견이 발견될 수 있습니다.
- \* 유병률이 낮은 특정 질환의 경우 검진을 통해 발견되지 않을 수도 있습니다.
- \* 검진 결과가 양호로 판정되었더라도 지속적인 건강관리를 통해 현재의 건강을 계속 유지해주시고, 판정결과가 "주의"나 "정밀평가 필요"인 경우는 의사와 상담하시기 바랍니다.
- \* 건강검진결과통보서상 영양급여가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 이 결과통보서를 영양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음하여 상급종합병원에서 진료를 받을 수 있습니다.
- \* 다음 검진 시에 결과통보서를 지참하시면 검진 결과 판정에 많은 도움이 됩니다.
- \* 발달 평가 결과 "심화평가 권고"로 판정된 영유아는 보건소에서 영유아 발달 정밀검사비 지원을 받으실 수 있습니다. (단, 동일 유형의 발달장애인 등록자 또는 동일 영역에 발달지연 확진 판정을 받아 치료 중인 영유아는 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.)



# 영유아건강검진 결과통보서 54~60개월용

수검자 성명		주민등록번호		
신체 계측	키(cm)	몸무게(kg)	머리둘레(cm)	체질량지수(kg/m²)
	____ cm ( 백분위)	____ kg ( 백분위)	____ cm ( 백분위)	____ kg/m²( 백분위)
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요
	Growth curve	Growth curve	Growth curve	Growth curve
	* 백분위수란 같은 성별과 같은 나이의 영유아 100명 중에서 작은 쪽에서부터의 순서를 말합니다. 위의 그래프의 성장곡선은 제일 아래에서부터 위로 올라가며 차례대로 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 백분위수를 나타내는 곡선입니다.			
신체 진찰 소견	귀	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음 <input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨	
	구강	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음 <input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨	
	흉부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음 <input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨	
	복부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음 <input type="checkbox"/> 특이 소견 없음	<input type="checkbox"/> 협조 안 됨	
	기타 소견:			
시각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요		
	시력	<input type="checkbox"/> 그림 시력표 <input type="checkbox"/> 숫자 시력표	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요 <input type="checkbox"/> 검사 미수용	
		좌측 : 우측 : 양안:		
청각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 6, <input type="checkbox"/> K-DST 관련) <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
건강교육 실시		<input type="checkbox"/> 영양 교육 <input type="checkbox"/> 안전사고 예방 교육 <input type="checkbox"/> 전자 미디어 노출 교육		
발달 평가 결과		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 추적검사 요망 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조] <input type="checkbox"/> 심화평가 권고 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조] [추가 질문 관련 <input type="checkbox"/> 사회성발달(S)] <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
종합판정		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요		
소견 및 조치사항				
요양기관기호		검진기관명		
검진일		면허번호		의사명 (서명)

\* 이 건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하기 위한 검진으로 양호 판정을 받은 경우라도 추후 성장발달 과정에서 이상 소견이 발견될 수 있습니다.

\* 유병률이 낮은 특정 질환의 경우 검진을 통해 발견되지 않을 수도 있습니다.

\* 검진 결과가 양호로 판정되었더라도 지속적인 건강관리를 통해 현재의 건강을 계속 유지해주시고, 판정결과가 "주의"나 "정밀평가 필요"인 경우는 의사와 상담하시기 바랍니다.

\* 건강검진결과통보서상 요양급여가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 이 결과통보서를 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음하여 상급종합병원에서 진료를 받을 수 있습니다.

\* 다음 검진 시에 결과통보서를 지참하시면 검진 결과 판정에 많은 도움이 됩니다.

\* 발달 평가 결과 "심화평가 권고"로 판정된 영유아는 보건소에서 영유아 발달 정밀검사비 지원을 받으실 수 있습니다. (단, 동일 유형의 발달장애인 등록자 또는 동일 영역에 발달 지연 확진 판정을 받아 치료 중인 영유아는 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.)



## 영유아건강검진 결과통보서

66~71개월용

수검자 성명		주민등록번호	
신체 계측	키(cm)	몸무게(kg)	머리둘레(cm)
	____ cm ( 백분위)	____ kg ( 백분위)	____ cm ( 백분위)
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요
	Growth curve	Growth curve	Growth curve
	* 백분위수란 같은 성별과 같은 나이의 영유아 100명 중에서 작은 쪽에서부터의 순서를 말합니다. 위의 그래프의 성장곡선은 제일 아래에서부터 위로 올라가며 차례대로 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 백분위수를 나타내는 곡선입니다.		
신체 진찰 소견	귀	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	구강	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	흉부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	복부	<input type="checkbox"/> 특이 소견 있음	<input type="checkbox"/> 특이 소견 없음
	기타 소견:		
시각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요	
	시력	<input type="checkbox"/> 그림 시력표 <input type="checkbox"/> 숫자 시력표	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요 <input type="checkbox"/> 검사 미수용
좌측 : 우측 : 양안:			
청각	문진	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 (관련 문진문항: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 6, <input type="checkbox"/> K-DST 관련) <input type="checkbox"/> 지속관리 필요	
건강교육 실시		<input type="checkbox"/> 영양 교육 <input type="checkbox"/> 안전사고 예방 교육 <input type="checkbox"/> 취학전 준비 교육	
발달 평가 결과		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 추적검사 요망 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조 ] <input type="checkbox"/> 심화평가 권고 [ <input type="checkbox"/> 대근육운동 <input type="checkbox"/> 소근육운동 <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 사회성 <input type="checkbox"/> 자조 ] [추가 질문 관련 <input type="checkbox"/> 사회성발달(S)] <input type="checkbox"/> 지속관리 필요	
종합판정		<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 주의 <input type="checkbox"/> 정밀평가 필요 <input type="checkbox"/> 지속관리 필요	
소견 및 조치사항			
요양기관기호		검진기관명	
검진일		면허번호	의사명 (서명)

- \* 이 건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하기 위한 검진으로 양호 판정을 받은 경우라도 추후 성장발달 과정에서 이상 소견이 발견될 수 있습니다.
- \* 유병률이 낮은 특정 질환의 경우 검진을 통해 발견되지 않을 수도 있습니다.
- \* 검진 결과가 양호로 판정되었더라도 지속적인 건강관리를 통해 현재의 건강을 계속 유지해주시고, 판정결과가 “주의”나 “정밀평가 필요”인 경우는 의사와 상담하시기 바랍니다.
- \* 건강검진결과통보서상 요양급여가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 이 결과통보서를 요양급여의뢰서(진료의뢰서)로 갈음하여 상급종합병원에서 진료를 받을 수 있습니다.
- \* 다음 검진 시에 결과통보서를 지참하시면 검진 결과 판정에 많은 도움이 됩니다.
- \* 발달 평가 결과 “심화평가 권고”로 판정된 영유아는 보건소에서 영유아 발달 정밀검사비 지원을 받으실 수 있습니다. (단, 동일 유형의 발달장애인 등록자 또는 동일 영역에 발달 지연 확진 판정을 받아 치료 중인 영유아는 사업 대상에서 제외될 수 있습니다.)

210mmx279mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)

☐ 의료급여생애전환기검진

- 77 -

## 영유아건강검진 비용청구서

청구기관	기 관 명	요양기관기호	소 재 지	
			( ☎ )	
청 구 처 ( 지 사 , 보 건 소 )				
검사항목		건강검진비(A)	실시인원(B)	청구금액(A×B)
1. 상담료 및 행정비용①				
영유아 가산금(1차 ~ 3차)				
영유아 가산금(4차 ~ 8차)				
(토요일, 공휴일 검진 가산료)				
2. 발달평가 및 상담 ②				
3. 건강교육③	안전사고 예방			
	영양			
	수면			
	구강			
	대소변 가리기			
	전자미디어 노출			
	정서 및 사회성			
	개인위생			
	취학 전 준비			
4. 구강검진④				
(토요일, 공휴일 검진 가산료)				
계				

※주 ① 문진 및 진찰, 신체계측, 행정비용  
② K-DST 도구를 사용하여 실시한 발달평가 및 상담  
③ 건강교육은 해당 대상자에게 실시한 경우만 산정  
※ 6종 26,600원 (1종 기본 6,600원, 1종 추가시 4,000원 가산)  
④ 구강검진은 18개월, 30개월, 42개월, 54개월에 한하여 실시하는 항목임

우리 기관은 20 . . . ~ 20 . . . 까지 영유아건강검진을 실시하고, 건강검진을 받은 자에 대한 검진비용을 위와 같이 청구합니다.

청구일: 20      년      월      일

대표자(청구인):      (서명 또는 인)

- 첨부 1. 영유아건강검진 결과통보서  
2. 영유아건강검진 문진표  
3. 영유아구강검진 문진표 및 결과통보서(구강검진에 한함)

※접수번호	※접수일	※처리일

※ 표는 공단 등에서 기재  
210mm×297mm[백상지(80g/m<sup>2</sup>) 또는 중질지(80g/m<sup>2</sup>)]

## 일반(암) 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다. 정보제공에 동의하는 검진종별에 '✓' 하시기 바랍니다.

### [ ] 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함)

- 일반건강검진 결과에서 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 등이 의심되거나 질환이 있는 분들에게 건강관리서비스\*를 제공하기 위해 국민건강보험공단(이하 '공단' 이라 한다)이 보건소에 해당 검진자료를 제공하고, 보건소는 공단에 건강관리서비스 내역을 제공하는 것  
\* 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양 등
- 일반건강검진 결과에서 폐결핵, C형 간염이 의심되거나 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 질병관리청 및 보건소에 해당 검진자료를 제공하는 것
- 인지기능장애 검사결과에서 인지기능 저하 의심으로 판정받은 분들의 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 치매안심센터(중앙 및 광역 포함)에 해당 검진자료를 제공하는 것

### [ ] 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암)

- 암검진 결과에서 이상소견이나, “암의심” 또는 “암” 판정을 받은 경우에는 사후관리를 위해 공단이 보건소 및 국립암센터에 해당 검진자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유 식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

### 개인정보의 제공에 관한 동의

- 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여 충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관: 보건소, 국립암센터, 질병관리청, 공단, 치매안심센터

② 개인정보제공 목적: 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 인지기능장애 사후관리, 암검진 결과에 따른 사후관리, 「식품위생법」에 따른 건강진단결과서(舊 보건증) 발급 시 활용

③ 제공하는 개인정보 항목

구분	활용기관	개인정보 항목
■ 일반건강검진 결과	공단 → 보건소	개인식별정보 <sup>(*)</sup> , 건강검진 결과, 문진표
- 흉부방사선 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, 흉부방사선결과, 문진표
- C형간염 검사 결과	공단 → 질병관리청(보건소)	개인식별정보, C형간염 검사 결과, 문진표
- 인지기능장애 검사 결과	공단 → 치매안심센터(중앙광역 포함)	개인식별정보, 인지기능장애검사, 골밀도검사, 노인신체기능검사, 신체계측검사 결과, 문진표
■ 암검진 결과	공단 → 국립암센터(보건소)	개인식별정보, 암검진 결과, 문진표
■ 건강관리 서비스 내역	보건소 → 공단	보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역

\* 개인식별정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 건강관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 [ ]

동의하지 않음 [ ]

년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

## 정신건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서

본 동의서는 검진결과에 따른 사후관리를 위하여 아래와 같이 검진정보를 제공하는 것에 대하여 동의를 구하는 것입니다.

- 일반건강검진·의료급여 생애전환기 검진 결과 **중간 정도 이상 우울증 의심**이거나 **조기정신증 선별검사(CAPE-15) 결과 심층 상담이 필요한 분들**에게 정신건강서비스를 제공하기 위해, 공단이 보건소, 보건복지부, 사회보장정보원 및 정신건강복지센터에 해당 검사 결과 자료를 제공하는 것

※ 귀하의 개인정보 및 고유식별정보(주민등록번호)는 「개인정보 보호법」 제23조, 제24조, 동법 시행령 제19조 및 「건강검진 기본법」 시행령 제13조, 「국민건강보험법」 시행령 제81조 등에 따라 비밀 준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.

※ 동의 철회 시 공단 고객센터(☎ 1577-1000) 또는 관할 지사에서 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능

### 개인정보의 제공에 관한 동의

○ 귀하의 개인정보를 검진기관으로부터 아래와 같이 보건소 등에 활용되는 것에 대하여

충분히 안내 받았으며, 고지된 관련 사항을 제공하는 것에 동의합니다.

① 정보 활용기관: 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터

② 개인정보제공 목적: 정신건강검사(PHQ-9, CAPE-15) 결과에 따른 사후관리

③ 제공하는 개인정보 항목

- (일반건강검진 정신건강검사 결과) 공단 → 보건복지부, 사회보장정보원, 보건소, 정신건강복지센터
- 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보, PHQ-9 및 CAPE-15 검사결과 및 문진표

④ 개인정보 보유 및 이용기간: 2년

⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며,

이 경우에는 보건소 및 관련 기관의 사후관리서비스 등의 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

동의함 [    ]

동의하지 않음 [    ]

년      월      일				
동의자	수검자 성명	(서명 또는 인)	주민등록번호	-
	수검자와의 관계		검진기관명(기호)	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



## 인지기능장애 평가도구(KDSQ-C)

### Korean Dementia Screening Questionnaire - C: KDSQ-C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오. (동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다			
3. 같은 질문을 반복해서 한다			
4. 약속을 하고서 잊어버린다			
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다			
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다			
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다			
점 수	/ 30		

## 정신건강검사 평가도구(PHQ-9)

### 한글판 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤함, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어 떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

## 정신건강검사 평가도구(CAPE-15)

### 한글판 Community Assessment of Psychic Experiences-15: CAPE-15

본 설문은 정신증 관련 경험을 스스로 알아보기 위한 것입니다. 일정 점수 이상일 경우, 증상의 원인을 파악하여 스트레스나 각종 정신건강 불편감에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 정확한 진단을 위해서는 전문가의 심층 면담이 필요하므로 정신건강의학과 전문의의 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

각 항목에 대해 얼마나 자주 해당 사항을 경험하는지 답해주시고, 해당 경험이 있을 경우 얼마나 힘들었는지 체크해 주십시오.

	빈도				고통			
	없음	가끔	자주	거의 항상	없음	조금	상당히	매우
1. 사람들이 당신에 대해 언저시 말하거나, 숨겨진 의미로 어떤 말을 하는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 어떤 사람들이 겉으로 보이는 것과 다른 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 어떤 식으로든 당신이 괴롭힘 당하고 있는 것 같다는 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 당신을 둘러싼 음모가 있는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 당신의 외모 때문에 사람들이 당신을 이상하게 쳐다보는 것 같은 느낌이 든 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 컴퓨터와 같은 전자 기기들이 당신이 생각하는 방식에 영향을 끼치는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
7. 당신의 머릿속 생각들을 누군가 빼앗아 가고 있는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 당신의 머릿속 생각들이 자신의 것이 아닌 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 당신의 생각들이 너무나 생생해서 다른 사람들이 당신의 생각을 들을까 봐 걱정된 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
10. 당신의 생각을 메아리처럼 들어본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
11. 어떤 기운이나 힘이 당신을 통제하는 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
12. 가족이나 친구, 지인들과 똑같이 생긴 분신이 나타난 것처럼 느껴질 때가 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 혼자 있을 때 어떤 음성을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 혼자 있을 때 어떤 사람들이 서로 말하는 것을 들은 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 다른 사람 눈에는 보이지 않는 어떤 사물이나, 사람, 혹은 동물을 본 적이 있습니까?	0	1	2	3	0	1	2	3
점 수	/45				/45			

## 담배사용 생활습관 평가 도구

수검자 성명	
--------	--

본인에게 해당하는 항목을 찾아 V표를 하십시오. 평생 비흡연자, 과거 흡연자는 작성하지 않습니다.

1. 앞으로 1개월 이내에 담배를 끊을 계획이 있으십니까?
 

☐ ① 1개월 안에 금연할 계획이 있다.
☐ ② 6개월 안에 금연할 계획이 있다.
☐ ③ 6개월 이내는 아니지만 언젠가는 금연할 생각이 있다.
☐ ④ 현재로서는 전혀 금연할 생각이 없다.
2. 만약 오늘 당장 금연을 하신다면 금연성공을 얼마나 확신하십니까?
 

☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7

(전혀 아님)
(매우 확신)
3. 아침에 일어나서 얼마 만에 첫 번째 담배를 사용하십니까?
 

☐ 5분 이내(3점)
☐ 6-30분 사이(2점)

☐ 31-60분 사이(1점)
☐ 60분 이후(0점)
4. 당신은 금연구역, 예를 들면 교회, 극장, 도서관 등에서 담배사용을 참기가 어렵습니까?
 

☐ 예(1점)
☐ 아니요(0점)
5. 어떤 경우의 담배가 가장 포기하기 싫으시겠습니까?
 

☐ 아침 첫 담배(1점)
☐ 다른 나머지(0점)
6. 하루에 담배를 몇 개비나 사용하십니까? (일반담배 1개비 = 쉐도형 1개비 = 액상형 15회 흡입 또는 10분 사용)
 

☐ 10개비 이하(0점)
☐ 11-20개비(1점)

☐ 21-30개비(2점)
☐ 31개비 이상(3점)
7. 아침에 일어나서 첫 몇 시간 동안에, 하루 중 다른 시간보다 더 자주 담배를 사용하십니까?
 

☐ 예(1점)
☐ 아니요(0점)
8. 하루 중 대부분을 누워 지낼 만큼 몹시 아프다면 담배를 사용하시겠습니까?
 

☐ 예(1점)
☐ 아니요(0점)

합계	
----	--

본인에게 해당하는 항목을 찾아 V 표를 하십시오. 평생 비흡연자, 과거 흡연자는 작성하지 않습니다.

- [illegible]

☐ ① 1개월 안에 금연할 계획이 있다.

☐ ② 6개월 안에 금연할 계획이 있다.

☐ ③ 6개월 이내는 아니지만 언젠가는 금연할 생각이 있다.

☐ ④ 현재로서는 전혀 금연할 생각이 없다.

☐ ② 6개월 안에 금연할 계획이 있다.

☐ ③ 6개월 이내는 아니지만 언젠가는 금연할 생각이 있다.

☐ ④ 현재로서는 전혀 금연할 생각이 없다.

2. 만약 오늘 당장 금연을 하신다면 금연성공을 얼마나 확신하십니까?

[illegible]

(전혀 아님)

(매우 확신)

3. 아침에 일어나서 얼마 만에 첫 번째 담배를 사용하십니까?

☐ 5분 이내(3점)

☐ 6-30분 사이(2점)

□ 31-60분 사이(1점)

☐ 60분 이후(0점)

4. 당신은 금연구역, 예를 들면 교회, 극장, 도서관 등에서 담배사용을 참기가 어렵습니까?

☐ 예 (1점)

☐ 아니요(0점)

5. 어떤 경우의 담배가 가장 포기하기 싫으시겠습니까?

☐ 아침 첫 담배(1점)

☐ 다른 나머지(0점)

6. 하루에 담배를 몇 개비나 사용하십니까? (일반담배 1개비 = 쉐련형 1개비 = 액상형 15회 흡입 또는 10분 사용)

☐ 10개비 이하(0점)

☐ 11-20개비(1점)

☐ 21-30개비 (2점)

☐ 31개비 이상(3점)

7. 아침에 일어나서 첫 몇 시간 동안에, 하루 중 다른 시간보다 더 자주 담배를 사용하십니까?

☐ 예 (1점)

☐ 아니요(0점)

8. 하루 중 대부분을 누워 지낼 만큼 몹시 아프다면 담배를 사용하시겠습니까?

☐ 예 (1점)

☐ 아니요(0점)

## 합계

## 금연 처방전

수검자 성명:

### 1. 귀하의 담배사용 상태

- ☐ 과거 담배사용자 ☐ 현재 담배사용자

### 2. 니코틴 의존도

- ☐ 낮음 (0-3점) ☐ 중간 정도 (4-6점) ☐ 높은 정도 (7-10점)

### 3. 금연 계획단계

- ☐ 금연 계획 이전 단계  
☐ 금연 계획 단계  
☐ 금연 준비 단계  
☐ 금연 시도  
☐ 금연 유지

금연을 통하여 귀하의 건강과 삶의 질을 한층 높일 수 있습니다.

### 4. 금연 처방

- ☐ 지속적인 금연 상담 및 교육이 필요합니다.  
☐ 약물처방 (☐ 니코틴 대체 요법 ☐ 부프로피온 ☐ 바레니클린)  
☐ 국민건강보험공단 금연 치료 프로그램과 연계합니다.  
☐ 금연지원 서비스(금연 클리닉 또는 금연 콜센터)에 의뢰합니다.  
☐ 기타:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. 금단증상 및 담배사용 충동 극복하기

- ☐ 충분한 물을 마십니다.  
☐ 껌을 씹거나, 사탕을 먹는 것, 간식을 먹는 것도 도움이 됩니다.  
☐ 따뜻한 물로 목욕이나 샤워를 합니다.  
☐ 이완이나 명상요법이 도움이 됩니다.  
☐ 산책, 금연동기에 대해 다시 생각합니다.  
☐ 기타

### 6. 기타 의견(100자 이내로 필요시 작성)

\_\_\_\_\_

성공적인 금연을 위해서는 주기적인 관리가 필요합니다.

검진 의사 이름:                      서명:

※ 이 처방전은 생활습관을 개선하도록 안내하는 처방으로 투약이나 조제를 위하여 사용할 수 없습니다.

## 금주/절주 처방전

수검자 성명 :

검진결과 요약

- 1) 음주생활습관 평가 점수(AUDIT-KR) : \_\_\_\_\_ 점
- 2) 기타 음주에 의해 영향을 받을 수 있는 질환들 유무
 

<input type="checkbox"/> 우울증/불안증	<input type="checkbox"/> 위장관 질환
<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 심장 질환
<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 뇌졸중(중풍)
<input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증)	<input type="checkbox"/> 기타 :

1. 현재 귀하의 음주 상태는

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 저위험 음주 수준입니다.    | <input type="checkbox"/> 고위험 음주 수준입니다. |
| <input type="checkbox"/> 알코올 사용 장애 수준입니다. |  |

2. 금주/절주 처방

1) 저위험 음주 상태입니다.

- ☐ 고위험 음주가 되지 않도록, 주의하시기 바랍니다.

2) 음주습관의 개선이 필요합니다.

고위험 음주 수준에 해당하기 때문에

- ☐ 현재 음주 관련 신체적 합병증은 없지만,  
저위험 음주 기준 이내로 음주 습관을 바꾸셔야 합니다.
- ☐ 신체적 합병증(간 기능 저하 등)이 회복될 때까지 당분간 금주하셔야 합니다.
- 알코올 사용장애 수준에 해당하기 때문에
- ☐ 완전히 금주하셔야 합니다.

3) 진료 및 약물 치료가 필요합니다.

- ☐ 알코올 사용장애에 대해 병원진료와 금주보조제 처방이 필요합니다.
- ☐ 신체적 합병증에 대한 병원진료가 필요합니다.

3. 기타 의견(100자 이내로 필요시 작성)

검진 의사 이름 : \_\_\_\_\_ 서명 : \_\_\_\_\_

※ 이 처방전은 생활습관을 개선하도록 안내하는 처방으로 투약이나 조제를 위하여 사용할 수 없습니다.

## 비만 처방전

수검자 성명:

◆ 신장 : \_\_\_\_\_ cm

◆ 체중 : \_\_\_\_\_ kg

◆ 허리둘레 : \_\_\_\_\_ cm

◆ 체질량지수 : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

1. 귀하는

- ☐ 정상체중에 속합니다. ☐ 과체중에 속합니다.  
☐ 비만에 속합니다.

2. 귀하는

- ☐ 복부비만을 가지고 있습니다. ☐ 복부비만을 가지고 있지 않습니다.

3. 귀하의 현재 체중으로는 동반 질환(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 등)이 발생할 위험이

- ☐ 낮습니다. ☐ 보통입니다. ☐ 다소 증가합니다.  
☐ 어느 정도 증가합니다. ☐ 상당히 증가합니다. ☐ 매우 증가합니다.

4. 목표 체중

- ☐ 해당 없음  
☐ 귀하의 체중을 1차적으로 현재 체중의 ( )% 까지 낮추는 것을 목표로 합니다.  
- 귀하의 1차 목표 체중은 ( ) kg입니다.  
- 1차 목표 체중 달성기간은 ( ) 개월입니다.  
- 매달 감량해야 할 체중은 ( ) kg입니다.

5. 비만 처방


- ☐ 식사량을 줄이십시오. ☐ 간식/야식을 줄이십시오.  
☐ 외식과 패스트푸드를 줄이십시오.  
( ☐ 담배사용 ☐ 음주 ☐ 운동 ☐ 영양 ) 처방을 받도록 하십시오.  
☐ 귀하는 약물 치료가 필요합니다.  
☐ 기타 :

6. 체중 감량을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- ☐ 협심증/심근경색 ☐ 공복혈당장애/당뇨병 ☐ 뇌졸중 ☐ 고혈압  
☐ 이상지질혈증(고지혈증) ☐ 말초혈관질환 ☐ 수면무호흡증 ☐ 골관절염  
☐ 요실금 ☐ 담낭질환 ☐ 기타 :

7. 기타 의견(100자 이내로 필요시 작성)

\_\_\_\_\_

 성공적인 체중 조절을 위해서는 정기적인 관리가 필요합니다.

검진 의사 이름: \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_

※ 이 처방전은 생활습관을 개선하도록 안내하는 처방으로 투약이나 조제를 위하여 사용할 수 없습니다.

검진기관 관리번호	건강검진 검체검사 의뢰서		수탁기관 접수번호
위탁기관명	위탁기관기호	담당의사	전화번호

건강검진 수검자 성명	주민등록번호	건강보험증번호 (의료급여증번호)
검체 채취일 및 시간	년 월 일 시 분	검사 의뢰일

검체종류				
일반건강검진		간염검사		암검진
<input type="checkbox"/> 혈액소	<input type="checkbox"/> B형간염 표면항원	<input type="checkbox"/> 분변잠혈		
<input type="checkbox"/> 공복혈당	<input type="checkbox"/> B형간염 표면항체	<input type="checkbox"/> 혈청알파태아단백		
<input type="checkbox"/> 총콜레스테롤	<input type="checkbox"/> C형간염 항체	<input type="checkbox"/> 위암 병리조직검사		
<input type="checkbox"/> 고밀도(HDL) 콜레스테롤		<input type="checkbox"/> 대장암 병리조직검사		
<input type="checkbox"/> 중성지방		<input type="checkbox"/> 자궁경부암 세포검사		
<input type="checkbox"/> 저밀도(LDL) 콜레스테롤				
<input type="checkbox"/> 에이에스티(AST(SGOT))				
<input type="checkbox"/> 에이엘티(ALT(SGPT))				
<input type="checkbox"/> 감마지티피( $\gamma$ -GTP)				
<input type="checkbox"/> 혈청 크레아티닌				

기타사항		
검체상태 : (정상, 용혈, 황달, 혼탁)    검체인계자 (서명 또는 인)    검체인수자 (서명 또는 인)		
수탁기관명칭	수탁기관기호	전화번호

유의사항
1. 검진기관 관리번호 반드시 기재, 바코드 또는 2D 바코드 사용 가능
2. 수탁기관은 중성지방 400mg/dL 이상인 경우에만 저밀도(LDL) 콜레스테롤을 실 측정 한 후 “건강검진 검체검사 결과지”(별지 제19호 서식)에 수치를 기재하여 위탁기관에 송부
3. 위탁기관은 의뢰서 2매를 작성하여 1매는 보관하고 1매는 검체와 함께 수탁기관에 송부하여야 합니다.



<div> <div>검진기관 관리번호</div> <div></div> </div>		<div>건강검진 검체검사 결과지</div>			<div> <div>수탁기관 접수번호</div> <div></div> </div>	
<div>위탁기관명</div>		<div>위탁기관기호</div>		<div>담당의사</div>		<div>전화번호</div>

<div>건강검진 수검자 성명</div>			<div>주민등록번호</div>		<div>건강보험증번호 (의료급여증번호)</div>	

<div>검체 채취일 및 시간</div>	<div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> <div>시</div> <div>분</div> </div>	<div>검사 의뢰일</div>		<div>결과통보일</div>	
		<div>검사 시행일</div>			

검체종류						
분류코드	검사명	검사방법	단위	검사결과	판정	참고치
누-000(D0002)	혈색소					
누-302(D3022)	공복혈당					
누-261(D2611)	총콜레스테롤					
누-261(D2613)	고밀도콜레스테롤					
누-260(D2263)	중성지방					
-	저밀도콜레스테롤(계산치)					
누-261(D2614)	저밀도콜레스테롤					
누-186(D1860)	에이에스티(AST(SGOT))					
누-185(D1850)	에이엘티(ALT(SGPT))					
누-189(D1890)	감마지티피( $\gamma$ -GTP)					
누-228(D2280)	혈청 크레아티닌					
-	신사구체여과율(계산치)	CKD-EPI				
누-700(D7001)	B형간염 표면항원					
누-701(D7015)						
누-701(D7016)						
누-700(D7002)	B형간염 표면항체					
누-701(D7018)						
누-701(D7019)						
누-700(D7005)	C형간염 항체					
누-701(D7026)						
누-701(D7027)						
누-031(D0314)	분변잠혈					
누-031(D0314)						
누-421(D1420)	혈청알파태아단백					
누-421(D2420)						
누-421(D2421)						
나-560(C5602)	조직병리검사	진단기재란:				
나-562(C5621)	세포병리검사	진단기재란:				

기타사항		
<div>수탁기관명칭</div>	<div>수탁기관기호</div>	<div>전화번호</div>

<div>검사자</div>	<div>(서명 또는 인)</div>	<div>확인자</div>	<div>(서명 또는 인)</div>
----------------	----------------------	----------------	----------------------

유의사항
------

1. 수탁기관은 결과지 2매를 작성하여 1매는 보관하고 1매는 위탁기관에 송부하여야 합니다.